Rok XXXVII. Kraków 26. Marca 1898. Nr. 13.

PRZEGLĄD LEKARSKI

organ Towarzystw lekarskich: Krakowskiego i Galicyjskiego.

Redaktor główny: Dr. August Kwaśnicki.

I. **Ze szpitala Wilhelminy w Wiedniu pod kierunkiem Dyr. Dra Toelga.**

O wartości leczniczej gwajacetyny i eukazyny

napisał

Dr. Józef Dakura,
sekundaryusz.

Od czasu, w którym powszechnie stało się wiadomem, że gruźlica, oprócz osobniczego usposobienia, dziedziczności i innych jeszcze warunków, zawdzięcza swoje powstanie wtargnięciu i rozwojowi w ustroju ludzkim prątków Kocha, że jest więc ona poniekąd chorobą zakaźną, zwrócili klinicyści, a za nimi i lekarze praktyczni, główną uwagę, obok leczenia dyetetyczno klimatycznego, na antyseptykę ustroju. To dało powód, że do szeregu leczniczych środków przeciwgruźliczych weszło mnóstwo przetworów farmaceutycznych, osobliwie z gromady ciał aromatycznych, (że tylko wspomnę o kreozocie, kreosotalu, gwajakolu, solveolu itd.), a to w celu, ażeby, jeżeli już nie radykalnie wyleczyć tę chorobę, to przynajmniej powstrzymać dalszy jej rozwój, poprawić bodaj odżywienie chorego i uczynić go odporniejszym na działanie jadu prątków Kocha. Tutaj nadmienię tylko o daremnych i nieudałych próbach wyleczenia gruźlicy za pomocą dwukrotnie fabrykowanej i poleconej tuberkuliny Kocha, dalej o nieskończonych jeszcze, ale wcale, jak dotychczas, niezachęcających doświadczeniach z surowicą antytuberkuliczną Maragliano i w końcu o lichym przetworze z dziedziny organoterapii, tj. o glandulenie Hoffmanna.

Jednak epoka odkryć i wynalazków jeszcze nie zamknięta; praca na tem polu nie ustaje i każdy dzień może nam przynieść rozwiązanie zagadki skutecznego leczenia i zapobiegania gruźlicy. Do najnowszych środków przeciw gruźlicy zaliczę niedawno wprowadzony do terapii przetwór chemiczny, nazwany gwajacetyną. Wytworzył ją Dr. Wilhelm Majert, a fabrykacya jej odbywa się obecnie w Grünau pod Berlinem przez firmę Majert et Ebers.

Gwajacetyna jest pod względem składu chemicznego sodową solą kwasu brenckatechinmonoacetowego i jest, tak jak gwajakol, derywatem brenckatechiny. Od gwajakolu różni się ona tylko tem, że zamiast jednej grupy metylowej, która w gwajakolu zastępuje wód jednej grupy hydroksylowej, w gwajacetynie wchodzi na jego (H) miejsce reszta glykolu.

Gwajakol	Kwas brenckatechinmonoacetowy
$O.CH_3$	$O.CH_2.COOH$
C_6H_4	C_6H_4
OH.	OH.

Istnieje pewna analogia między powstawaniem kwasu salicylowego z fenolu, (przy którem, przez przyłączenie się jednej grupy karboksylowej ustaje jego jadowitość), a tworzeniem się gwajacetyny, gdzie także jedna grupa karboksylowa wstępuje w kwas brenckatechinmonoacetowy. Co do dalszych własności chemiczno-fizycznych gwajacetyny, to przedstawia się ona jako proszek biały, bez zapachu, dosyć higroskopijny, łatwo rozpuszczalny w wodzie zimnej, ciepłej i w wyskoku, o smaku słabo gorzkim, z posmakiem przyjemnym. Jest przetworem chemicznym, absolutnie nietrującym i nieżrącym.

Wpierw nim przedstawię wyniki swoich prób z tym środkiem nowym, uważam za konieczne podać kilka krótkich historyj chorób, ażeby tem lepiej uwydatnić skutki leczenia chorych gwajacetyną.

W całości przeprowadziłem doświadczenia z gwajacetyną na 22 chorych. Tylko dwóch z nich znajdowało się w okresie daleko posuniętej gruźlicy, u tych ja też żadnej zmiany na lepsze nie zauważyłem i zresztą wkrótce pomarli. Wszystkie inne przypadki były w okresie początkowego nacieku szczytów, albo, co najwyżej, z niebardzo dużemi zmianami chorobowemi, w postaci małych przytłumień, pojedyńczych rzężeń, niebardzo silnego kaszlu, chociaż wszyscy byli dziedzicznie obciążeni.

Gwajacetynę brali chorzy od połowy września 1897 r.

Pierwszy przypadek dotyczył 28-letniego J. L. Rodziców stracił jeszcze w dzieciństwie; oboje pomarli na gruźlicę. On sam był zawsze zdrów aż do 20. roku życia. Przed sześcioma laty miał się zaziębić, dostał zapalenia opłucnej i od tej pory kaszle, często doświadcza kłucia w boku prawym i skarży się na ciężki oddech, mianowicie w jesieni i zimie. Budowa jego jest w ogóle wątła, odżywienie liche, podściółka tłuszczowa skąpa. Powłoki skórne i błony śluzowe, szczególniej wargi, bardzo blade. Klatka piersiowa długa i wązka z szerokimi przestworami żebrowymi. W obu szczytach płuc wypuk przytłumiony, więcej z przodu po stronie prawej, gdzie stwierdza się oddech oskrzelowy i skąpe rzeżenia. Przytłumienie, z lekkim bębenkowym odgłosem, sięga z przodu, po stronie prawej, aż do drugiego przestworu międzyżebrowego, po stronie lewej, tylko do drugiego górnego żebra. Chory kaszle dosyć silnie, plwociny obfite; gorączka wynosi wieczorem 38° do 38·8°, wśród znacznych potów. Przytem żali się chory na zupełny brak łaknienia i wielkie pragnienie; miewa po trzy do pięciu stolców dziennie, płynnych, z boleściami. W moczu białko Esbachem ½ *pro mille*. W plwocinie tu i owdzie prątki gruźlicze. Po raz pierwszy badana przed doświadczeniami krew okazała się bladą, o słabo rozwiniętej siatce włóknikowej. Hemoglobiny 58·6%, liczba czerwonych ciałek wynosiła w całości niespełna 3,000.000. Ciężar ciała dochodził 52 kilogr.

Dnia 19. września 1897, zażył chory po raz pierwszy trzy półgramowe proszki gwajacetynowe i od tego czasu podawano mu bez przerwy codziennie, aż do 12. listopada 1897 taką samą ilość gwajacetyny. W tym czasie ważono chorego dwa razy, mianowicie 4. października i 10. listopada, równocześnie z badaniem krwi i oznaczeniem ilości białka w moczu, za pomocą Esbacha. Ciężar ciała podniósł się

na 56 kgrm. względnie 58 kgrm., a liczba ciałek czerwonych wzrosła prawie o milion (3.960.000). Także odsetek hemoglobiny powiększył się do 60, a białka w moczu ubyło mało co nie o połowę, a były nawet dnie, w których zupełnie białka nie było. Jako szczególniej korzystny czynnik tego leczenia podnieść należy dobry stan podmiotowy chorego. Pacyent czuł się przez cały czas zażywania gwajacetyny stosunkowo bardzo dobrze, nie skarżył się już więcej na bóle głowy, sypiał spokojniej, mniej kaszlał i mniej wykszluszał. Łaknienie poprawiło się bardzo prędko, a bóle brzucha i biegunka ustały. Nawet się poty częściowo zmniejszyły. I rzeczywiście dziwić się trzeba było, jak chory chętnie i chciwie te proszki zażywał i jak ciągle o świeże prosił. Stan jego ogólny poprawił się od tego czasu pod każdym względem i to do tego stopnia, że sam prosił o uwolnienie ze szpitala.

Drugi przypadek odnosi się do młodej 18-letniej dziewczyny M. K. Badając stwierdziłem rozpoczynającą się tylko gruźlicę, jednak już ze wszystkiemi następstwami wymienionej choroby. Chora ta brała proszki gwajacetynowe tylko dwa tygodnie (od 20. września do 6. października) i ze znaczną poprawą została wypisaną ze szpitala, na własną prośbę.

Nie tak korzystnie miała się rzecz w trzecim przypadku, mianowicie u 22-letniej M. R. Przyjętą została do szpitala Wilhelminy z rozpoznaniem *bronchitis diffusa*, choć, co prawda, nie bez pewnego podejrzenia na gruźlicę, tembardziej, że matka jej na tę chorobę piersiową umarła. Dopiero później, po tygodniach, wystąpiły zwolna obustronne przytłumienia w szczytach płucnych, oddech oskrzelowy, rzężenia, prawostronne tarcie opłucnowe, kaszel z kilkakrotnem krwioplućiem, więc obraz wybitnej gruźlicy. Chorą tę leczono również gwajacetyną, podając jej z początku po 0.5 grm., później po 0.75 grm., trzy do czterech razy dziennie; ale oprócz twierdzenia samej pacyentki, że się dobrze czuje, szczególniej zaraz tuż po proszku, żadnego polepszenia zauważyć u niej nie można było; z tego powodu zaprzestano dalszego podawania tego środka, a wrócono do leczenia symptomatycznego (extr. laud. aqu., morphium muriat., codein. hydrocl.). Stan chorej stawał się coraz gorszy, ciężar jej ciała spadł o 6 kgrm., wkrótce wystąpiła silna biegunka, zapalenie otrzewnej, krwioplucie, i chora skończyła życie wśród objawów odmy piersiowej dnia 23. grudnia. Sekcyi nie robiono.

Inni chorzy po części opuścili już szpital, po części (8) pozostali w nim dalej. U tych wszystkich bez wyjątku nastąpiło polepszenie wyraźne, mianowicie co do wzmocnienia ustroju, poprawy łaknienia, a co zatem idzie, powiększenie ciężaru ciała, obniżenia się gorączki, zmniejszenia się ilości białka w moczu.

Streszczając wyniki tych doświadczeń, dochodzę na razie do wniosków następujących:

1. Chociaż małą była liczba (22) przypadków przezemnie badanych, to jednak można już dziś przyjąć, że ten najnowszy środek przeciwgruźliczy jest dla ludzkiego ustroju, nawet w większych dawkach (1,0) i miesiącami podawany, zupełnie nieszkodliwy. W tym względzie poczuwam się w prawie twierdzić, że gwajacetyna, jeżeli nie wyżej, to z pewnością stoi na tym samym stopniu wartości leczniczej, co wszystkie jej pokrewne przetwory farmaceutyczne (gwajakol, kreozotal, kreozot, solweol itd.), a które, jak wiadomo, tak często szkodliwie wpływają na trawienie.

2. Gwajacetyna nie jest, ściśle biorąc, środkiem leczniczym przeciw gruźlicy i napróżnoby ktoś szukał w niej leku swoistego przeciw tej chorobie.

3. Lecz za to, jako środek działający symptomatycznie, powinien zająć jedno z pierwszych miejsc w leczeniu gruźlicy.

4. Skoro przy tem używanie gwajacetyny nie pozostaje bez wpływu korzystnego na ogólny stan chorych gruźliczych, a mianowicie: a) ponieważ pacyenci czują się przy tem podmiotowo bardzo dobrze, b) łaknienie się poprawia, c) chorego na wadze przybywa, d) jakość krwi się znakomicie poprawia, e) białko w moczu odsetkowo się zmniejsza, przeto zasługuje ten lek, ażeby go wśród dalszych, dokładniejszych jeszcze prób, do dzisiejszej terapii chorych piersiowych, wprowadzili i rozpowszechnili lekarze praktycy.

Nie chcę w końcu przemilczeć, że gwajacetyna jest obecnie jeszcze za droga (100 grm. kosztuje 16 złr.) i dlatego też zniżenie jej ceny byłoby bardzo pożądanem, ażeby i szersze, biedniejsze warstwy ludności mogły z tego środka korzystać.

Sposób zapisywania gwajacetyny jest następujący:

Rp. *Guajacetini 0·5*
d. Tales doses N. XXX
S: *Trzy proszki dziennie zażywać.*

Rp. *Guajacetini 10,0*
Aqua dest. q. suf. ad solut.
Vini tokayensis
(vel Vini Xerensis) ad 200·0
N. S: *Trzy razy dziennie po łyżce stołowej zażywać.*

Można też gwajacetynę podawać w postaci pastylek półgramowych.

O działaniu tego środka wyrażają się bardzo pochlebnie między innymi Buchner, Köllner[1]), Goldmann[2]), przypisując mu własności przeciwgorączkowe, odkażające, przeciwpotne, a w szczególności odżywcze.

* * *

Ta sama fabryka spółki Majert i Ebers wyrabia także na wielką skalę drugi przetwór, nazwany przez wynalazców *eukazyną*. Jest to, chemicznie biorąc, połączenie białkowate, otrzymane z sernika krowiego mleka. Wytworzył je prof. Salkowski i Dr. Wilhelm Majert, chcąc zastąpić niem w dyetetyce chorych, podupadłych na odżywieniu, różne, dotąd używane, wyciągi mięsne i białkowe ze świata roślinnego. Użył on do tego sernika, który poddał działaniu gazu amoniakowego, wskutek czego powstała sól kazeino-amonowa czyli eukazyna. Na tej samej zasadzie wytworzył Röhmann połączenie podobne, mianowicie sól kazeino-sodową, nazwaną nutrozą.

Eukazyna przedstawia się jako proszek biały, bezwonny, łatwo rozpuszczalny w wodzie zimnej i ciepłej na ciecz białawą. Smaku mdłego, który się usuwa dodaniem soli kuchennej. W pierwszych czasach fabrykacyi posiadał ten przetwór nieprzyjemną woń amoniakową i smak ostry, przykry, wskutek czego chorzy go niechętnie zażywali, gdyż doznawali po nim odbijania, gniecenia w żołądku, często nawet przychodziły wymioty, a łaknienie przytem bardzo cierpiało. Dopiero po poprawie sposobu wytwarzania eukazyny, tak w postaci sproszkowanej, jako też przez wyrabianie z niej biszkopcików zwanych *Cakes*, a nawet tabletek czekoladowych, usuniętą została ta wada przetworu i od tego czasu szybko rozpowszechnił się on, szczególniej w Niemczech i w wiedeńskich klinikach, szpitalach, oraz między lekarzami praktycznymi; wszyscy, którzy ten środek dotychczas stósowali, jednogłośnie przypisują eukazynie wielką war-

---

[1]) Dr. S. Köllner: Die Guajacetinbehandlung der Tuberculose. Aerztlicher Central Anzeiger Nr. 32—33, 1897.

[2]) Dr. Arnold Goldmann: Erfahrungen über Guajacetin und Eucasin bei Behandlung der Lungenkranken. Wiener Medizinische Wochenschrift Nr. 50, 1897.

tość odżywczą. Szczególniej polecają jej używanie Prof. Salkowski [3]), Laquer [4]), Erlach, Leyden [5]), Goldmann, Weiss [6]) Oertel [7]). Główną zaletę tego leku dopatrują ci klinicyści w łatwej jego rozpuszczalności, czem stoi on wyżej od sernika, który, jak wiadomo, trudno się rozpuszcza i trudno też ulega wessaniu; dalej — w wysokiej zawartości białka 95·65%, podczas gdy najlepsze mięso wołowe zawiera go tylko 20·63%, wreszcie w braku nukleiny w jego składzie chemicznym, wskutek czego nie przyspiesza wytwarzania się w zbytniej ilości kwasu moczowego w ustroju i wogóle nie wpływa na ilość moczu, przez co się bardzo nadaje do kuracyi chorych na gościec stawowy, dnę i t. d. Również i w tem widzą autorowie wyższość eukazyny nad wszelkimi przetworami mięsnymi, że nie sprowadza zaburzeń w trawieniu, biegunki i nie daje powodu, tak jak stężone wyciągi mięsne, do wytwarzania się różnych spraw gnilnych w przewodzie pokarmowym z następowem nagromadzaniem się gazów trujących, jak fenol, indol, skatol i t. p.

Zachęcony tak świetnymi wynikami przytoczonych prób odżywiania eukazyną chorych charłaczych, stosowałem i ja w szpitalu Wilhelminy ten przetwór w kilku przypadkach: (u 2 gruźliczych, w jednym przypadku błednicy, u dwóch cierpiących na chorobę Brighta i czterech ozdrowieńców po durze brzusznym). Podawałem eukazynę w obu postaciach, jako proszek i jako Cakes. Proszku podawałem dziennie trzy łyżki do mleka, rosołu, czekolady lub kakao. Biszkopcików (Cakes) chorzy nie chcieli spożywać i wkrótce musiałem je zaniechać. Z początku nawet i proszek brali niechętnie, wymawiając się mdłym, nieokreślonym bliżej smakiem przetworu, ale z czasem się do niego przyzwyczajali, a nawet od czasu, kiedy poleciłem roztwór eukazyny zaprawiać solą smaku, tego nieprzyjemnego nie doznawali. Ogółem podawano ten środek nie długo, od połowy września 1897 prawie do końca października tego samego roku i dlatego też może skutków tak wybitnych po nim nie widziałem. Najbardziej jeszcze przetwór ten posłużył wyzdrowieńcom, którzy po 10-ciu już dniach znacznie (3·20 kgm. względnie 4 kgm.) zyskali na wadze, wejrzeniu, cerze i siłach.

W błednicy, oprócz podniesienia się ciężaru ciała, żadnej poprawy nie zauważyłem. Krew pozostała nieprawidłową, jak była przed doświadczeniem i stan jej dopiero właściwie się poprawił pod wpływem żelaza. U chorych gruźliczych nie mogłem nawet stwierdzić podniesienia się ciężaru ciała, co tem tłomaczę, że skutkiem ciągle postępującej sprawy chorobowej, ciągłej gorączki, zanadto prędko ustrój ulegał destrukcyi, podupadał na odżywieniu. U chorych na nerki eukazyna nie wywoływała żadnych zmian.

Zdaje się, że nie przesadzę, jeżeli nie przypiszę eukazynie jakichś niezwykłych, swoistych własności leczniczych, a nawet odżywczych. Jest to tylko przetwór dobry, użyteczny szczególniej w dyetetyce ozdrowieńców, po ciężkich chorobach wyniszczających, a jako stosunkowo nie droższy od podobnego rodzaju przetworów odżywczych, znajdzie on zawsze obok innych zastosowanie tam, gdzie ciągła zmiana sposobu żywienia sztucznego jest konieczną. Przewrotu jednak w dyetetyce eukazyna nie wywoła.

[3]) Salkowski: Deutsche Mediz. Wochenschrift Nr. 15. 1896.
[4]) Laquer: Berliner Klinische Wochenschrift Nr. 38 i 42. 1896.
[5]) Leyden: Handbuch der Ernährungstherapie. Berlin 1897.
[6]) Weiss: Ueber Eucasin. Wiener Klinische Wochenschrift Nr. 52, 1897.
[7]) Oertel: Therapeutische Monatshefte Nr. 5, 1897.

II. Dna (podagra) i jej leczenie w limanowych kąpielach odeskich.

Podał

Dr. F. Jachimowicz.

(Ciąg dalszy).

W czasie sezonu 1896 roku przybył do mej lecznicy na Limanie chory na dnę (podagrę), ze wszystkiemi oznakami choroby, niezwykle już rozwiniętej.

W roku 1897 przybyli jeszcze dwaj nowi chorzy, których badanie dało możność uzupełnienia obrazu; a poprawa, osiągnięta kąpielami szlamowemi w tych trzech przypadkach, dała miarę korzyści, jaka się daje osiągnąć tą drogą.

Historyę tych trzech przypadków przytaczamy:

Jenerał B., lat około 60, przybył do lecznicy w końcu lipca 1896 roku. Choroba trwa już od lat 10. Opowiada, że miał rodziców zdrowych, rodzeństwa niema. Słyszał jednak, że w rodzinie dziada był chorzy na dnę. Bliższych szczegółów wywiady nam nie przysporzyły. Wstąpił do wojska wprost ze szkoły wojskowej, mając lat 20; od tej pory bez przerwy pełni służbę w artyleryi.

Minęło już więcej niż lat 10 od chwili, w której spostrzegł, że cierpi na obecną chorobę. Ta rozwijała się powoli. Czuł, że stawy tężeją, miewał dość często tępe bóle; cierpienia te corocznie stopniowo się zwiększały. O charakterze pierwotnych cierpień sądzić możemy z tego, że się chory wtedy leczył na gościec. Czasem bóle mijały na czas jakiś, a przynajmniej znacznie się zmniejszały, ale coraz częściej zaczęły się zjawiać napady bólów ostrych, które zaczynały się od palców nóg. Palce brzękły, czerwieniały, ból był czasami tak gwałtowny, że chory przepędzał noce bezsenne, leżąc w łóżku po kilka tygodni. Bóle rozszerzały się czasem i na krzyże, żebra i stawy rąk. W kilka lat po rozpoczęciu się choroby niektóre obrzękłe stawy, pomimo ustania napadu bólów, nie klęsły i nie wracały już do stanu prawidłowego Podobne obrzęki utrwaliły się na palcach rąk i nóg, a także na stopach, a osobliwie w kolanach. Stan ogólny zdrowia również psuć się zaczął. Brak snu, trudność znalezienia przy leżeniu dość wygodnego ułożenia, by uniknąć ucisku na miejsca chore, utrudniona ruchomość, odejmowały mu siły. Trzy do czterech lat temu zjawiły się na małżowinach usznych pierwsze złogi w kształcie białych guzków, wielkości prosa lub grochu, tak w skórze jak i pod nią. Wkrótce też podobne złogi wytworzyły się wokoło palców nóg i rąk, w kolanach i łokciach. Zwiększały się one coraz więcej tak, że wkrótce na palcach, wokoło niektórych stawów, powstały obrzęki gąbczaste, których przestwory napełnione były białą masą, przeświecającą miejscami przez pokrywającą ją skórę. Rysunek prawej ręki (Rys. II) daje dokładne pojęcie tego, jak wyglądała ręka. Podobne kształty miały i inne stawy; ruchomość w niektórych z nich, zwłaszcza w więcej zmienionych, ustała; w innych zaś stała się ograniczoną. Chory chodzi i posługuje się pomocą rąk z wielką trudnością. Wychudł i pobladł; łaknienie małe, chociaż trawienie jeszcze niezłe. Bóle w tym okresie, w którym niema nasileń, są głuche i tępe. Od kilku lat mocz świeżo oddany jest mętny. Rozbiory wykazały odczyn kwaśny, długo utrzymujący się. Męty pochodzą od obfitej ilości śluzu, komórek nabłonkowych, kryształów szczawianu i fosforanu wapniowego. Białka nie stwierdzono.

Z opowiadania chorego dowiadujemy się, że zdarzało mu się spostrzegać w miejscach, w których złogi były blizkie powierzchni i pokryte cienką skórą, że skóra ta dobrowolnie przedziurawiała się a z otworów tych wychodziła w większej lub mniejszej ilości masa biała, gęstości masła; poczem otwory te długo się nie zabliźniały.

Za zgodą chorego zrobiłem kilka małych nacięć na palcach i z łatwością wycisnąłem tę białą masę. Pod drobnowidem (powiększenie

96) okazało się, że składa się ona z małych igiełek. Przy silniejszem powiększeniu (320 razy) igły te miały kształt pryzm (Fig. 2, 3). Rozbiór chemiczny stwierdził: próba mureksydowa dała wyraźną barwę purpurową, cechującą dla moczanów. Dla upewnienia się, czy masa ta zawiera także przymieszki fosforanów, zrobiono próbę z kwasem molibdenowym; wynik był ujemny (żółtego koloru nie było). Zatem masa ta składa się z moczanu sodowego i wapniowego.

Po przybyciu do lecznicy, zalecono choremu kąpiele szlamowe, których, przy swem osłabieniu, nie mógł znosić codziennie, lecz tylko z przerwami. Do końca sezonu wziął ich jednak 24. W czasie pobytu w lecznicy czuł się dobrze, opuścił zakład w końcu sierpnia. Widziałem go znowu w czerwcu 1897 roku, był wesół, miał zdrową cerę, siły wróciły, przybyło kilkanaście funtów na wadze. Chory opowiadał, że z bojaźnią oczekiwał powrotu ostrych nasileń choroby, ale te nie wróciły przez całą zimę i wiosnę. Tępe bóle, chociaż pojawiały się, lecz były znośne. Nowych złogów nie stwierdzono; stare obrzęki wogóle zmalały. Ruchomość znacznie łatwiejsza. Chory chodzi nierównie lepiej i nie męczy się tak łatwo. Opowiada, że jeździł dość często konno, pełniąc swą służbę wojskową.

Na nieszczęście, znalazły się przeszkody nie do zwalczenia, dla których nie mógł powtórzyć leczenia w roku 1897, jak to było zamierzonem. W końcu sierpnia 1897 r. donosił mi, że po odbytej niewielkiej morskiej podróży, miał nowy napad ostrych bólów, chociaż względnie słaby.

W roku 1898 postanawia powtórzyć leczenie.



W roku 1897, przybył do lecznicy Dr. P. z Petersburga, lat 49. Opowiada, że pochodzi z rodziców zdrowych, chociaż mu wiadomo, że w rodzinie były przypadki dny, lecz chorych tych osobiście nie znał i bliższych o nich szczegółów udzielić nie może. Przed trzema laty zauważył, że się jego zdrowie psuje. Od czasu do czasu występowały bóle w stawach, a w ciągu ostatnich dwóch lat zauważył wokoło niektórych stawów obrzęki, które raz powstawszy, już nietylko nie mijały, lecz stopniowo się zwiększały. Świeżo oddany mocz był mętny. Rozbiory, dokonane przez Prof. Pehla w Petersburgu, wykazały: odczyn kwaśny, długo utrzymujący się i białko. Osad składał się ze śluzu, komórek nabłonkowych, wałeczków w dość znacznej ilości; zresztą z kryształów szczawianu i fosforanu wapniowego.

Na tablicy III. widzimy Röntgenowską fotografię prawej jego ręki. Wyraźny jest obrzęk na średnim stawie małego palca, który trwa już od kilkunastu miesięcy; na drugiej ręce są również podobne obrzęki, chociaż mniej wyraźne. Na małżowinach obu uszów złogi dnawe (tophi arthritici). Prof. Pehl wydobył masę z jednego z tych złogów, rozebrał ją i znalazł, że się składa z dwumoczanu sodowego. Naciąłem także jeden z tych złogów; dobyta masa była biała i przypominała zupełnie tę, która pochodziła z ręki Jenerała B., którego historyę choroby wyżej podałem. Pod mikroskopem przy znaczniejszem powiększeniu, składała się ona z takich samych igieł pryzmatycznych. Rozbioru chemicznego, na mą prośbę, dokonał Prof. chemii, Petriew i znalazł sole dwumoczanu wapna i sody. Ponieważ w rozbiorze Prof. Pehla nie wspomina się o wapnie, więc przytaczam tu przebieg rozbioru. Próba mureksydowa dała barwę purpurową, co świadczyło, że mieliśmy do czynienia z solami kwasu moczowego. Dla przekonania się, że niema przymieszki fosforanów, zrobiono próbę z kwasem molibdenowym, która dała wynik ujemny. Potem spalono część rozbieranej masy, dla wydalenia części organicznych. Pozostałość rozpuszczono w kwasie solnym, następnie osadzono wapno przez dodanie kwasu szczawiowego. Wyraźne kształty nie zostawiały wątpliwości, że mieliśmy przed sobą kryształy szczawianu wapniowego, które odłączono przesączaniem. Pozostały płyn zgęszczono, a pozostałość wyżarzono, aby się pozbyć pozostającego jeszcze kwasu szczawiowego; po rozpuszczeniu i wyprażeniu wystąpiły kryształy sześcienne soli kuchennej i chlorku amonowego. Pokazało się więc, że masa ta składa się z soli dwumoczanu wapna i sody, przyczem dwumoczanu wapna była ilość większa.

Chory przybył do Odessy w sezonie kończącym się i mógł wziąść tylko kilkanaście kąpieli szlamowych na Limanie Chadżybeyskim.

Przy wyjeździe oświadczył, że się czuje nierównie lepiej. Widocznych zmian patologicznych nie było. Co się stało dalej? na razie nie mam jeszcze wiadomości.

Trzeci chory, P. M., był człowiekiem młodym, 30 lat liczącym. Przybył do lecznicy w sierpniu 1897 roku. Cierpienia jego zaczęły się przed kilku laty i z początku bóle w różnych stawach i mięśniach były nie zbyt silne. Półtora roku temu chory zauważył, że nogi jego ociężały i stawy utraciły swobodę ruchów, osobliwie w kolanach i palcach kończyn. Chory opowiadał, że ma takie uczucie, jakoby nogi jego były obrzękłe i związane przy chodzeniu. Przeszłej zimy miał napad bólów ostrych, szczególnie w kończynie prawej bóle były silne i długotrwałe. Przeleżał w łóżku około trzech miesięcy. Bóle te traktowano, jako gośccowe, więc polecano salicylan sodowy i jod. Wiosną ostre bóle ustały, lecz chód zawsze pozostał utrudniony, tętno uderzało około 100 razy na minutę, było drobne; tony serca prawidłowe, osłabienie ogólne, poty prawie ciągłe i dość silne, zwłaszcza rąk i nóg. Ostatnie falangi palców u rąk i nóg zgrubiałe, jak to widzieć możemy na Tab. IV, przedstawiającej Röntgenowską fotografię ręki chorego.

Z wywiadów dowiedzieliśmy się, że pradziad chorego jeździł często do Karlsbadu, w celu leczenia się z dny. Ojciec cierpiał mało, ale jeden ze stryjów chorego cierpiał długie lata na silnie rozwiniętą dnę i umarł z tej choroby. U dwóch braci stryjecznych, ludzi jeszcze młodych, wystąpiły już objawy dny. Świeżo oddany mocz bywał mętny; rozbiór moczu robiono kilka razy w Odessie (przez Dra Chęciń-

skiego). Wynik rozbioru, dokonanego w m. maju 1897 r., był następujący: C. g. = 1,0198, odczyn silnie kwaśny, utrzymujący się długo; kryształy kwasu moczowego nie opadają; osad składa się z pierwia-



stków organizowanych, jakiemi są: śluz, komórki nabłonkowe i znaczna ilość kryształów szczawianu wapniowego.

Drugi rozbiór, dokonany 10 czerwca, wykazał: C. g. 0,020. Na tysiąc części moczu przypada części stałych 46,6 grm. Kwas moczowy w ilości niewielkiej, kryształy jego nie opadają; w osadzie dużo fosforanów, więcej, niż bywa zwykle. Szczawianu wapniowego ilość znaczna.

Trzeci rozbiór, wykonany d. 29 sierpnia, wykazał: na 1,000 części moczu było części stałych 58,15 grm., kwasu moczowego mało, fosforany w ilości umiarkowanej. Szczawianu wapniowego ilość znaczna. Osad składają: kryształy szczawianu wapniowego i fosforany wapniowe. Śluz i komórki nabłonkowe. Białka i wałeczków nie znaleziono.

Chory ten pił w maju wodę karlsbadzką, potem Vichy. Jak widzimy, rozbiory moczu wykazały te objawy, które zwykle stwierdzamy w dnie, a mianowicie: mocz kwaśny, zachowujący długo ten odczyn w moczu stojącym; kwasu moczowego względnie było mało; mocz świeżo oddany bywał mętny; zawierał on oprócz śluzu i nabłonka znaczną ilość szczawianu wapniowego i fosforanów wapniowych. U tego chorego nie mogliśmy otrzymać masy moczanowej ze złogów (tophi) do rozbioru, jak w dwóch przypadkach poprzednich, w których złogi te były na powierzchni i dostępne; przeto i analiza chemiczna nie mogła stwierdzić przyrody złogów i ich tożsamości. Ale dziś posiadamy sposób rozpoznawania ich przyrody, a to sposobem następującym: u chorego tego miały miejsce stałe zgrubienia ostatnich falang palców na rękach i nogach, w kształcie obrzęków, podobnych do tych, jakie widzieliśmy na małym palcu w drugim z opisanych tu przypadków u Dra P. (Tab. III). Fotografie Röntgenowskie wykazują jasno, że końce małych kosteczek ostatniej falangi, właśnie w miejscach zgrubiałych, nie mają równych konturów. Wyraźnie możemy na nich widzieć jaśniejsze miejsca i nierówności, pochodzące ze złogów podagrycznych; tak samo jak je widzimy w kościach małego palca u Dra P. na (Tab. III, w zgrubiałym średnim stawie. Zauważyć tu należy, że





w gośccu, chociaż stawy bywają znacznie obrzękłe i twarde, nigdy Röntgenowskie fotografie nie dają tych plam jasnych. Przeciwnie, końce kości i same stawy zaznaczają się barwą więcej ciemną, stawy wyglądają, jakby pozrastane kostną masą. (Tab. V).

Dla dokładnego więc zbadania istoty dny radiografia daje nam cenny sposób rozpoznawania. W tym razie przeświecanie na ekranie nie jest dostatecznem; fotografia jaśniej uwydatnia szczegóły, a prócz tego rozejrzenie się jest na fotografii swobodniejsze.

(Dokończenie nastąpi).

III. Z zakładu medycyny sądowej Uniwersytetu Jagiellońskiego.

Przypadek dzieciobójstwa

podał

Dr. Włodzimierz Sieradzki,

asystent zakładu.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Końcowe nasze orzeczenie brzmiało jak następuje:

Orzeczenie.

I. 1) Obwiniona Ludwika S. urodziła w nocy z 25 na 26 października 1897 r. dziecię płci męzkiej, które było donoszone, należycie rozwinięte, tem samem do życia zdolne.

2) Dziecię to urodziło się żywem i żyło tylko przez krótki czas.

3) Przyczyną śmierci dziecka było uduszenie się jego w treści kloacznej. Ponadto okazywało ono rozległe obrażenia tak sklepienia, jak i podstawy czaszki, opon mózgowych, oraz mózgu, zadane dziecku za życia, które musiałyby były sprowadzić śmierć dziecka, gdy ta nie była już wcześniej nastąpiła wskutek uduszenia wyżej wspomnianego.

II. Wobec zeznań obwinionej i przebiegu śledztwa nasuwają się następujące pytania, wymagające wyjaśnienia lekarskiego:

1) czy obwiniona mogła była niewiedzieć o tem, że odbywa poród?

2) czy poród obwinionej mógł być niezwykle szybkim, tak zwanym — ulicznym?

3) czy obrażenia czaszki, opon i mózgu dziecka były zadane w sposób czynny, przed wrzuceniem dziecka do kanału, czy też powstały one wskutek upadku dziecka i uderzenia się główką o podstawę kanału?

III. W odpowiedzi:

ad 1) Kobieta ciężarna może wyjątkowo zapoznać czynność porodową, a to mianowicie w tych razach: jeźli a) kobieta jest obłąkana lub umysłowo zniedołężniała, jeźli b) jest pierwszy raz w ciąży, zwłaszcza po akcie obcowania płciowego, odbytym w stanie nieprzytomnym, lub jeżeli c) nie zaszła zrazu przez dłuższy czas, n. p. przez ciąg kilku lat w ciążę, mimo obcowania płciowego, tak, że utraciła wiarę w możność wystąpienia u niej ciąży.

Gdy w danym przypadku żadna z rzeczonych okoliczności nie zachodzi, gdy obwiniona była dostatecznie świadomą swego stanu, gdy niema najmniejszej podstawy do przypuszczenia, iż w chwili porodu była nieprzytomną i gdy nadto miała już doświadczenie w tym kierunku, będąc już poraz wtóry w ciąży i rodząc już poraz wtóry, przeto jest rzeczą pewną, że nie mogła nie wiedzieć o tem, że odbywa poród.

ad 2) Doświadczenie lekarskie uczy, że poród następuje niekiedy tak niezwykle szybko, że kobieta brzemienna zostaje porodem zaskoczona w niewłaściwem miejscu, n. p. na ulicy, wskutek czego też tak nagły poród nazwano ulicznym. W myśl tego doświadczenia rozróżnia się dwojakiego rodzaju poród uliczny, z których pierwszy jest porodem ulicznym w ścisłem znaczeniu słowa, to znaczy, że cała czynność porodowa, t. j. wszystkie okresy porodu trwają niezwykle krótko, zaś drugi jest tylko względnie ulicznym, gdyż pierwsze dwa okresy porodowe trwają prawidłowo długo, to jest conajmniej kilka godzin, zaś okres trzeci, to jest okres wydalenia płodu na zewnątrz, — niezwykle krótko. Największa liczba porodów ulicznych wydarza się u kobiet rodzących poraz pierwszy, a to z tej przyczyny, że te, nieznając jeszcze objawów porodu, mogą je łatwiej przeoczyć. Poród uliczny w ścisłem znaczeniu słowa wydarza się względnie rzadko i to wówczas, gdy albo drogi porodowe matki są zbyt obszerne w stosunku do prawidłowego płodu, lub gdy płód będąc n. p. niedonoszonym, jest małym w stosunku do prawidłowych dróg porodowych matki. Drugi zaś rodzaj porodu ulicznego wydarza się także i przy prawidłowym stosunku dróg porodowych do płodu, a doświadczenie uczy nadto, że ten rodzaj ulicznego porodu jest nierównie częstszym od pierwszego.

Opierając się na powyższych, nauką i doświadczeniem zdobytych faktach, można w danym przypadku stanowczo wykluczyć możność porodu ulicznego w ścisłem znaczeniu słowa, a to z tego powodu, że tak kanał rodny obwinionej, jak i wymiary ciała jej płodu, były prawidłowe, zatem nie okazywały względem siebie owego koniecznego niestosunku wymiarów dróg rodnych względem wymiarów płodu, lub odwrotnie, niestosunku, dozwalającego płodowi z łatwością i bez przeszkód wydostać się na zewnątrz.

O ile na podstawie samych oględzin obwinionej da się stanowczo wykluczyć poród uliczny w ścisłem znaczeniu słowa, o tyle nie da się żadną miarą na tej samej podstawie wykluczyć drugiego rodzaju porodu ulicznego; owszem, wynik oględzin zezwala w zupełności na przypuszczenie niezwykle szybkiego przebiegu okresu wydalenia (ekspulsyi) płodu.

Obwiniona tłómaczy się, iż czując parcie na stolec, udała się na wychodek i tu z niej dziecię wypadło do kloaki. Za odbyciem porodu na wychodku, zatem w myśl tłómaczeń obwinionej, przemawiają także ślady krwi, znalezione w wychodku, zwłaszcza na tylnej jego ścianie, na desce stolcowej i na denku; zaznaczyć zaś należy, iż potrzeba oddania stolca, którą Ludwika S. tłómaczy swe udanie się na wychodek, jest u rodzących bardzo naturalną i zwykłą, gdyż wśród porodu, zwłaszcza nieprzygotowanego po lekarsku, rodzące zazwyczaj odczuwają nieprzepartą tę potrzebę i niejednokrotnie wśród aktu porodowego oddają mocz i kał.

Oględziny miejsca stwierdziły, iż rura, wiodąca treść kloaczną z wychodków do kanału, za wyjątkiem tylko początkowego, w wychodku umieszczonego krótkiego zagięcia od muszli, przebiega prostopadle od drugiego piętra aż do dołu kloacznego.

Z drugiej strony sekcya zwłok noworodka Ludwiki S. wykazała dokładne wypełnienie powietrzem płuc, żołądka, oraz dwunastnicy, wobec czego nie ulega wątpliwości, iż dziecię po urodzeniu musiało czynić swobodne wdechy. Wdechy te mogły mieć miejsce a) albo na wolnem powietrzu, jeśli się dziecię nie urodziło nad otworem wychodka, b) jeśli, urodziwszy się nad wychodkiem, zatrzymało się przez pewien krótki, ale na wykonanie kilku wdechów wystarczający, czas w muszli wychodka, c) albo wreszcie na dnie kanału; nie jest bowiem do prawdy podobnem, aby w ciągu tak krótkiego czasu, jaki upłynął podczas spadania dziecka bez przeszkody przez prostą i szeroką rurę spustową do kanału, mogło dziecię wykonać tak wydatne wdechy, by napełnić doskonale powietrzem płuca, żołądek, oraz dwunastnicę. Swobodne oddechanie powietrzem na dnie kanału wyklucza z jednej strony okoliczność, iż zwłoki noworodka znalezione zostały z twarzą zwróconą i wbitą do kału, z drugiej zaś strony wynik sekcyi, stwierdzający obecność treści kałowej w najgłębszych drogach oddechowych; dziecko tam bowiem wykonywało ruchy oddechowe, ale, zamiast powietrza, wciągało tylko treść kałową do płuc, już poprzednio powietrzem wypełnionych. Zostają zatem tylko dwie pierwsze możliwości, t. j. urodzenie się dziecka poza otworem wychodka, lub zatrzymania się go przez pewien, może krótki, czas w muszli wychodka. Śledztwo nie dostarczyło żadnych dowodów do przypuszczenia odbycia porodu poza wychodkiem, zaś według tego co wyżej powiedziano, zasługuje w zupełności na wiarę podanie obwinionej, iż rodziła na wychodku; w takim zaś razie tam odbył się tylko ostatni, być może bardzo szybki, okres porodu, t. j. wydalenie (ekspulsya) płodu, poczem jednak, według tego co wyżej powiedziano, mianowicie, iż dziecko potrzebowało pewnego czasu, by wypełnić dokładnie powietrzem swe płuca, żołądek, oraz dwunastnicę, nie wpadło ono natychmiast do kanału, lecz chwilkę zatrzymało się w muszli wychodka.

Podczas pierwszych zatem okresów porodu, które trwały prawidłowo długo, Ludwika S. miała stanowczo dosyć czasu do przygotowania się do porodu, względnie zawezwania odpowiedniej pomocy; w chwili zaś tuż po porodzie, gdy się dziecko przez pewien czas zatrzymało w muszli wychodka, ratunek dziecka był jeszcze wprawdzie możliwy przez sięgnięcie ręką do muszli i pochwycenie dziecka, czynność ta jednak, ze względu na stan obwinionej w tej chwili, jako rodzącej, na panującą ciemność, wreszcie, ze względu na ślizgość powłok dziecka, była dla niej istotnie bardzo trudną.

Ad 3) Za podstawę do rozstrzygnięcia tego pytania zasadniczego posłużyły nam doświadczenia, jakie w tym celu przedsięwzięliśmy ze zwłokami noworodków w Zakładzie sądowo-lekarskim. Doświadczenia te były wykonywane w ten sposób, że puszczano całkiem wolno zwłoki noworodków donoszonych z wysokości trzech piąter (z uwagi na tę okoliczność, iż w danym przypadku spadło dziecię obwinionej z wychodka II-go piętra aż do kanału, znajdującego się poniżej parteru, że zatem spadło właściwie z wysokości niemal trzechpiętrowej) głową w dół zwróconą i pionowo, już to na twardą ciosową podstawę, już też do paki, której dno było wyścielone głazem, pokrytym do wysokości kolan dorosłego mężczyzny dochodzącym (czyli 55 ctm. grubym) pokładem kału ludzkiego, o tyle gęstego, że położone nań zwłoki donoszonego noworodka, nawet po dłuższym czasie, w nim nie tonęły. Wynik doświadczeń tych stwierdził przedewszystkiem, co zresztą z góry można było przypuścić, że główka dziecka wolno padającego z wysokości 3 piąter na ciosową podstawę doznawała wielokrotnego złamania tak sklepienia jak i podstawy czaszki. Następnie zrzucono zwłoki dwojga dzieci z wysokości trzech pięter do paki z kałem. W jednem doświadczeniu zwłoki dziecka (kilkunastodniowego, a więc nieco cięższego niż noworodki prawidłowe) zanurzyły się w zupełności w kale, główką dosięgły dna kamiennego i odniosły liczne złamania sklepienia i podstawy czaszki. W drugiem doświadczeniu zwłoki noworodka donoszonego, tych samych wymiarów co dziecko Ludwiki S., zanurzyły się w większej części w kale, lecz część jednego barku i potylica główki były na powierzchni widoczne, a zwłoki w całości nie sięgały dna paki; mimo to jednak stwierdzono liczne złamania sklepienia i podstawy czaszki. Powstanie tych obrażeń, w tem ostatniem doświadczeniu, tłómaczyć sobie należy samem uderzeniem główki dziecka o powierzchnię kału, wskutek tak znacznego rozpędu, jaki ciało przybiera przy spadaniu z tej wysokości. Wobec tego zeznania, względnie twierdzenia kanalarzy, iż dziecię nie mogło przebić warstwy kału i dna kanału dosięgnąć, aczkolwiek zupełnie słuszne już choćby dla tego, iż dziecię znaleziono leżące na powierzchni kału, nie mają, co do przyczyny powstania uszkodzeń na główce dziecka Ludwiki S., żadnego znaczenia; doświadczenia nasze bowiem stwierdzają stanowczo, iż uszkodzenia te mogły powstać przy samym upadku dziecka główką na powierzchnię kału, a skutkiem tego dalszy wniosek kanalarzy, iż dziecko nie mogło sobie rozbić główki w samym kanale, okazuje się zupełnie błędnym.

IV. Zestawiając pokrótce wynik dochodzeń naszych, co do 3 zasadniczych dla sprawy pytań, orzekamy:

a) obwiniona musiała wiedzieć, że się u niej odbywa poród;

b) poród ten w pierwszych okresach przebiegł zupełnie prawidłowo, ostatni zaś okres mógł się odbyć bardzo szybko; po porodzie jednak dziecię nie dostało się natychmiast do treści kałowej;

c) obrażenia główki noworodka, mimo iż ten przy upadku nie przebił warstwy kału i nie dosięgnął dna kanału, mogły powstać przez samo upadnięcie dziecka na powierzchnię kału.

Po wyczerpaniu śledztwa Prokuratorya Państwa wniosła przeciwko Ludwice S. akt oskarżenia o to, iż w nocy z dnia 25 na 26 października w ten sposób rozmyślnie działała, iż dziecię jej, urodzone tejże nocy, śmierć poniosło, a mianowicie twierdzi akt oskarżenia, iż Ludwika S., wiedząc, że za chwilę urodzi dziecię, rozmyślnie udała się na wychodek, by je tam urodzić i by ono zaraz po urodzeniu wpadło do kanału i tam śmierć znalazło. Rozprawa główna nie wykazała żadnych nowych szczegółów poza znanymi już ze śledztwa. W orzeczeniu lekarskiem na rozprawie zestawiliśmy, podobnie jak w śledztwie, całą sprawę, na szczególne zaś pytanie obrońcy zaznaczyliśmy z jednej strony, iż parcie na stolec, występujące wśród porodu, może być i bywa często nadzwyczaj silne tak, że nieraz rodzące w klinikach należy powstrzymywać w łóżku, by nie udały się do wychodka, z drugiej zaś strony, aczkolwiek obwiniona wiedziała, iż odbywa poród, nie można wcale twierdzić, aby

wiedziała o tem, iż właśnie, w chwili udania się jej do wychodka, właściwy końcowy akt porodu nastąpi.

Trybunał postawił ławie przysięgłych tylko jedno pytanie, w myśl aktu oskarżenia, nie uwzględniwszy wniosku obrony o postawienie dodatkowego pytania w kierunku zaniedbania wezwania odpowiedniej pomocy. Przysięgli jednogłośnie zaprzeczyli postawione pytanie, wskutek czego Ludwika S. została zupełnie uwolnioną.

Zdaje mi się, iż bliższych objaśnień do całej sprawy nie potrzebuję dodawać; zaznaczam tylko jeszcze raz, jak doniosłe w swych następstwach miały dla całej sprawy nasze tak proste doświadczenia. Okoliczność ta stwierdza jeszcze raz zdanie wielkich mistrzów, iż podobnie, jak dla innych działów medycyny, tak i dla medycyny sądowej, tylko droga doświadczalna jest właściwą drogą rozwoju i postępu.

IV. O stanach nieżytowych cewki moczowej u mężczyzn.

Podał

Dr. Eugeniusz Borzęcki.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

Jeżeli nieżyty cewki, o których dotąd była mowa, wynoszą tylko mały odsetek, to resztę stanowią te sprawy nieżytowe, które powstały na tle przebytej rzeżączki. Stany te nazywa Sänger „residuale Gonorrhoe“, dodając wyraźnie, że mianem tem obejmuje jedynie te przewlekłe zapalenia cewki których wydzieliny straciły pierwiastek zakaźny, t. j. *gc.* Nazwa ta wydaje mi się nie zupełnie odpowiadającą istocie rzeczy. Z pojęciem bowiem „gonorrhoea“ łączyć zwykliśmy drugie, t. j. pojęcie zakaźności. Z tego powodu może odpowiedniej byłoby nazwać te stany „n i e ż y t e m p r z e w l e k ł y m p o r z e ż ą c z k o w y m“ (urethritis catarrhalis postgonorrhoica). Sądzę że na jedno zgodzić się można, t. j. że rzeżączka u mężczyzny, w pojęciu choroby zakaźnej, jest bezwzględnie uleczalną. Czas potrzebny do osiągnięcia tego może być różny (zależnie od powikłań, zajęcia narządów gruczołowych i t. d.) „une chaude pisse commence, Dieu le sait quand elle finira“ trafne zdaje mi się określenie Riccorda. Z chwilą jednak usunięcia rzeżączki, czyli, co na jedno wypada, zniszczenia *gc.*, nie zawsze kończy się sprawa zapalenia doszczętnego cewki. Im rzeżączka, jako taka, trwała króciej, i w miarę tego mniej stósowano wstrzykiwań, przepłókiwań, czy innych zabiegów, które, ze swej strony, stanowiły, obok rzeżączki, bodziec chemiczny lub mechaniczny, tem „restitutio ad integrum“ jest prawdopodobniejsze. Błona śluzowa wraca do stanu prawidłowego, mocz nie zawiera takich składników, jak nitki, strzępki i t. d., któreby wskazywały na zajęcie błony śluzowej. Tak być może i bywa po rzeżączce krótko trwającej. Jednak i w tych razach spotykamy się z obrazem lekkiego nieżytu cewki, którego przyczyna leżeć może albo w zmianach nieżytowych narządu gruczołowego cewki, wywołanych przez rzeżączkę, lub też w dostaniu się na błonę cewki różnych drobnoustrojów. W pierwszym razie możnaby mówić o okresie aseptycznym, będącym w związku ze zmianami mikroskopowo-anatomicznemi gruczołów cewki, w drugim o okresie zakażeń wtórnych. Jeżeli rzeżączka trwała długo, lub jeżeli w pewnym przeciągu czasu miało miejsce kilkakrotne zakażenie, jeżeli w miarę tego stósowano dużo zabiegów leczniczych na błonę cewki, to często zdarza się, że błona śluzowa cewki, choć rzeżączka w pojęciu choroby zakaźnej została usuniętą, nie powróci, jeżeli się tak wyrazić można, do swego dziewiczego stanu. Błona śluzowa cewki przedstawiać może w tych przypadkach zmiany anatomo-patologiczne różnego nasilenia i stopnia, począwszy od zmian samego przybłonka, aż do nacieków, zgrubień błony śluzowej i następowych zwężeń światła cewki. Jako objaw kliniczny znajdziemy wypływ śluzowy w mniejszej lub większej ilości, lub w miejsce niego tylko strzępki i nitki wydzieliny śluzowej w moczu. Oberländer [1]) stworzył różne nazwy dla określenia tych stanów przewlekłego nieżytu cewki, jak: *urethritis glandularis proliferans*, *urethr. gland. stringens*, *urethr. follicularis stringens* i t. d., zależnie od przeważających zmian anatomo-patologicznych. Nim naturalnie w danym przypadku rozstrzygnie się, że rzeżączka straciła swój pierwiastek zakaźny, czyli że mamy przed sobą obraz tylko nieżytu cewki, trzeba przeprowadzić cały szereg badań w tym kierunku, z zachowaniem możebnie ścisłej krytyki, bo pomyłka w tym względzie pociąga szereg dalszych — w leczeniu i rokowaniu. Mnie się wydaje, że podział taki rzeżączki nie jest tylko wyrozumowanym, ale odpowiada codziennemu spostrzeganiu, a nabiera doniosłości z innego punktu widzenia. Jeżeli bowiem poprzednio zaznaczyłem, że podług mojego rozumienia rzeczy i doświadczenia, rzeżączka u mężczyzny w pojęciu choroby zakaźnej jest zawsze uleczalną, to nie można tego powiedzieć o nieżytach następowych porzeżączkowych. Weźmy np. przypadek taki, w którym sprawa rzeżączkowa doprowadziła do nacieków w błonie śluzowej i podśluzowej, następowych zwężeń, jednem słowem do zmian anatomicznych w utkaniu błony śluzowej, których wyrazem będzie skąpa wydzielina z cewki, lub tylko kilka strzępków takowej w moczu, to trudno kusić się wtedy o zupełną „restitutio ad integrum“. W wyborze środków leczniczych nie ograniczymy się wtedy do leków ściągających, ale użyjemy sond, środków przyżegających, jak roczynów azotanu srebrowego, siarkanu miedziowego, które, ze swej strony, znów będą stanowić nieobojętny bodziec mechaniczny, czy chemiczny. Nie trudno w takim wypadku wpaść w koło błędne, z którego trudno o wyjście dla leczącego i leczonego. Osięgło się znaczną poprawę, zredukowało się ilość strzępków i nitek, ale pozostała jeszcze jakaś niteczka śluzu, widmo postrachu dla nerwowego pacyenta. Położenie syfilidologa bywa nieraz kłopotliwe w tych razach. Gdyby pacyenci n. p. z nieżytem żołądka podobnie łatwo, jak z nieżytem cewki, mogli codziennie przejrzeć i zbadać zawartość swojego żołądka, to zdaje mi się, nie byłoby przypadku wyleczenia, bo ślad śluzu w postaci obłoczka lub strzępka, chociaż dawno wszystkie przypady podmiotowe ustąpiły, bez końca sprowadzałby ich do lekarza. Te uporczywe do usunięcia nieżyty cewki niesłusznie obciążają rokowanie rzeżączki przewlekłej, która, jako choroba zakaźna, zawsze wyleczyć się daje. W przebiegu rzeżączki granica, dzieląca ją w danym razie na dwa niejako okresy, t. j. pierwszy zakaźny, drugi następowy, wolny od *gc.* ma swoje doniosłe znaczenie w zastósowaniu praktycznem. Najbliżej dotyczy ono kandy-

---

[1]) Beiträge zur Path. und Ther. des chronischen Trippers.

datów do stanu małżeńskiego, a jest to odsetek spory bardzo gorliwej w leczeniu klienteli syfilidologa. Jak długo nie znano zarazka swoistego rzeżączki i ograniczano się tylko do badania makroskopowego, o pomyłkę było nie trudno. Raz nitka taka w moczu była czysto śluzową, jako wyraz nieżytu, zakażenie w małżeństwie nie miało miejsca; w innym przypadku taka sama nitka stawała się przenośnikiem choroby ciężkiej dla kobiety. Bywał to nieraz ślepy traf. Zdaje mi się, że każdy z lekarzy, który się tym działem chorób więcej zajmuje, mógłby przytoczyć dosyć własnych spostrzeżeń, dotyczących pacyentów, którym pozwolił wejść w związek małżeński, mimo śluzowej wydzieliny z cewki, jako takiej, pod postacią nitek i strzępków w moczu, nie doczekawszy się ztąd przykrych następstw przeniesienia rzeżączki na kobietę. Gdyby wszyscy ci, w których moczu rannym znajdzie się jakaś nitka śluzu nie mieli i nie mogli się żenić, to chyba statystyka małżeństw uledz by musiała olbrzymiej redukcyi. Dziś badanie mikroskopowe, w wątpliwych przypadkach założenie hodowli, chroni w tym kierunku od pomyłek, jakie dawniej przy najlepszych chęciach zdarzać się musiały.

W rozpoznawaniu samoistnego nieżytu cewki, lub jako objawu towarzyszącego innemu cierpieniu, opierać się możemy tylko na badaniu mikroskopowem, a skoro to upewni nas o braku *gc.*, szukać należy innej przyczyny. Badanie mikroskopowe objaśni nas w danym przypadku, że nie mamy do czynienia z rzeżączką, nie wyświecając naturalnie czynnika etyologicznego nieżytu. Trudność w jego odszukaniu bywa nieraz znaczna, a raczej nieraz wprost odszukać go nie potrafimy, co pociąga dalsze trudności w leczenie i rokowaniu. Co do rokowania to, na podstawie własnych spostrzeżeń, zdaje mi się, wskazaną jest w tych razach pewna ostrożność. Nieżyty bowiem samoistne cewki, których przyczyny nie udało nam się wykryć, bywają nieraz bardzo uporczywe do usunięcia. Są przypadki, w których dwa lub kilka przepłukań cewki, n. p. słabym roztworem octanu glinowego, azotanu srebrowego itd. usunie wszelki ślad zajęcia błony śluzowej; w innych zaś, leczenie przeciąga się i trwa niestosunkowo długo do lekkiego nasilenia cierpienia. Co do strony zakaźnej tych nieżytów, t. j. możebności przeniesienia na drugiego osobnika, to na podstawie dotychczasowych badań, których za wykończone uważać nie można, i ogłoszonych w tym kierunku spostrzeżeń, zdaje się, że może tylko w bardzo odosobnionych przypadkach obawa ta zachodzić może. Wyjątek naturalnie stanowić będą nieżyty w przebiegu drugorzędnej kiły, ze względu na naturę głównego cierpienia.

W leczeniu nieżytów uwzględnić należy cierpienie główne, jeżeli nieżyt cewki jest tylko jego objawem, np. w fosfaturyi, skazie moczanowej, kile itd. W przypadkach nieżytów, które pojawiają się po spółkowaniu, wypadnie użyć przepłókiwań środkami ściągającymi; jeżeli zaś w wydzielinie znajdują się liczne drobnoustroje, jako domyślny powód nieżytu, stósować należy przetwory odkażające. Rozpoznawanie, rokowanie i leczenie nieżytu porzeżączkowego, którem to mianem określam stany patologiczne cewki, nazywane najczęściej „rzeżączką przewlekłą“ (pospolicie trypem chronicznym), pomijam, jako przekraczające ramy tej krótkiej pracy.

Celem moim bowiem było zwrócić uwagę, że obok rzeżączki, jakkolwiek bez porównania rzadziej, zdarzają się przypadki nieżytów cewki, które różnią się od niej swoim przebiegiem klinicznym, mają odmienne przyczyny etyologiczne i inaczej zachowują się pod względem leczenia i rokowania.

V. Wyciągi.

J. Lenz: **Leczenie rzeżączkowego zapalenia przyjądrzy gwajakolem.** (*Wien. klin. Rundsch.*, 1898, Nr. 4, 5). Przeszedłszy kolejno wszystkie dawniejsze sposoby leczenia tego cierpienia, opisuje autor wyniki po zastosowaniu gwajakolu u 52 chorych, leczonych na klinice Prof. Janowskyego. Użycie tego środka w zapaleniu przyjądrza wprowadzili Balzer i Lacour; wkrótce po nich wielu autorów poczęło stosować gwajakol w różnych rozcieńczeniach i w różny sposób. Lenz przykłada, po dokładnem obmyciu worka mosznowego, 10% maść gwajakolową z waseliną, rozsmarowaną na gazie, którą przykrywa batystem Billrotha, wreszcie grubą warstwę waty i suspensoryum, przyczem chory powinien leżeć w łóżku. Smarować należy dwa razy dziennie, póki ból, gorączka i obrzęk przyjądrza nie ustąpią. Równocześnie podaje L. wewnętrznie trzy gramy salolu dziennie. Gdy objawy zapalne ustąpia, zaleca maść Zeissla (Extr. Bellad. 0,5 — 1,0 Ung. Diach. Ung. simpl. aa 25,0). Maść gwajakolowa działa wedle L. nader wybitnie już po kilku godzinach na ból i gorączkę tak, że mimo nieużywania środków uśmierzających ból i przeciwgorączkowych, ciepłota szybko (po 1—2 godz.) opada do prawidłowej, a boleści prawie zupełnie ustępują. Podobnie działa ten środek i w przypadkach zapalenia sznurka nasiennego, dlatego autor nader gorąco go zaleca. *F. K.*

L. Lewin: **O przechodzeniu ciał stałych i powietrza z pęcherza do nerek i obiegu krwi.** (*Deut. m. Woch.*, 1897, Nr. 52). Autor zbija dawne zapatrywanie, jakoby płyn z pęcherza nie mógł przechodzić wyżej przez moczowody, aż do miedniczek nerkowych; doszedł on do tego wniosku przez doświadczenia, które wykazują, że wstrzyknięty roztwór błękitu metylowego do pęcherza, wkrótce po wstrzyknięciu dostawał się do moczowodów i miedniczek nerkowych. Podobne doświadczenia z rozpuszczonym w wodzie i gumie arabskiej ultramarinem, lub zawiesinie wodnej „melosira nummulans“ udowadniają, że i części stałe w ten sposób z pęcherza wyżej przechodzić mogą; Lewin dopatruje przyczyny tego zjawiska w parciu śródpęcherzowem, które ma przezwyciężać zastawki moczowodów. Jednocześnie spostrzegał L. przejście barwika z miedniczek nerk. do przewodów moczowych, przestworów chłonicznych i naczyń krwionośnych nerki. Wreszcie, w pewnych przypadkach, znajdował autor barwik nawet w sercu, w naczyniach płucnych i wątrobie. Doświadczenia te, wykazujące naturalne połączenie między pęcherzem moczowym a sercem i w kierunku odwrotnym, są wielkiego znaczenia, bo one dają możność wytłómaczenia nagłej śmierci po wstrzyknięciu powietrza do pęcherza, a wreszcie rzucają nieco światła na powstawanie niektórych zakażeń ogólnych. *F. K.*

C. Grube: **Łuszczyca w stosunku do dny i moczówki cukrowej.** (*Ber. klin. Woch.*, 1897, Nr. 52). W literaturze znajduje autor wzmianki o stosunku dny i moczówki cukrowej do łuszczycy. Autor przytacza 9 przypadków łuszczycy, powstałej, wedle niego, na tle dny. W 7 z tych przypadków odnosi spostrzeganą moczówkę cukrową do skazy dnowej. *F. K.*

Dr Franz: **Przypadek laparotomii, wykonanej w celu odprowadzenia macicy tyłozgiętej i uwięzgniętej, ciężarnej w 7 miesiacu.** (*Münchener medicinische Wochenschrift*, Nr. 1, 1898 r.). Przypadek opisany przez F. należy do wyjątkowych i tą okolicznością można poniekąd tłómaczyć, że ani

lekarz domowy, który rodzącą skierował do kliniki, ani lekarze zakładowi, nie uczynili prawdziwego rozpoznania, co nastąpiło dopiero podczas zabiegu operacyjnego. Oto w krótkości przebieg przypadku: Rodząca, 18-letnia, pierwiastka, która ostatnią regularność miała mieć przed $7^1/_2$ miesiącami, a u której od trzech miesięcy istniało zaparcie stolca i trudności w oddawaniu moczu, przybyła do kliniki z powodu przeciągania się porodu. Wody płodowe odeszły przed 3 dniami, a przeszkodę porodową stanowił guz, wypuklający tylną ścianę pochwy. Badanie, przedsięwzięte po przybyciu rodzącej do kliniki, wykazało ciepłotę ciała podwyższoną (38·5° C.), pęcherz moczowy wypełniony wielką ilością moczu (1 litr wypuszczono), w jamie brzusznej, w linii środkowej, guz, sięgający na 2 palce powyżej pępka, który rozpoznano, jako macicę ciężarną w 7 miesiącu księżycowym, tudzież drugi guz mniejszy, zaklinowany w jamie Douglasa, który rozpoznano, jako guz jajnikowy. W celu dokładniejszego rozpoznania wykonano nakłócie mniejszego guza trójgrańcem przez tylne sklepienie pochwy, przyczem wydobyto treść mętną, podobną do treści skórzastego torbiela jajnikowego (cystis dermoidalis). Na tej podstawie rozpoznano guz jajnikowy uwięzgnięty w jamie Douglasa, obok równoczesnej ciąży w 7 m. k. i w celu usunięcia guza przystąpiono do laparotomii. Podczas zabiegu przekonano się jednak, że mniemany guz jajnikowy był uwięzgniętym trzonem macicy ciężarnej tyłozgiętej; zaś guz, uważany podczas badania za macicę ciężarną, był rozdętą jej szyją. Wobec tego odprowadzono tylko macicę ciężarną, a następnie, dokonawszy obrotu na nóżki, wydobyto płód, a popłód wygnieciono. Płód nieżywy ważył 1800 grm., ponad uchem okazywał otwór sztuczny, zadany trójgrańcem, użytym do nakłócia próbnego. Podobny otwór istniał na tylnej ścianie trzonu macicy; otwór ten zeszyto, osączkowano paskiem gazy, przeprowadzonym na zewnątrz przez powłoki brzuszne, które również szwami zespolono. W przeciągu 6 tygodni osoba ta wyzdrowiała i opuściła zakład. *Piotrowski.*

Dr. F. Hansy: **Przyczynek do leczenia złamań szczęki dolnej.** *(Ctrbl. f. Chir.* 1897, Nr. 40). Praktyczny, jak się zdaje, sposób podaje autor leczenia złamań szczęki dolnej. Opiszemy go słowami autora. Po odprowadzeniu odłamków i ewent. opatrzeniu ran w częściach miękkich, bierze H. odpowiednio długi i oporny drut z żelaza, miedzi etc. i tak go wygina, by przylegał dokładnie do tylnej, wzgl. wewnętrznej, powierzchni zębów na granicy dziąsła. Z tyłu drut ten zagina się znów w około ostatnich zębów, przebiega wzdłuż przedniej, ewent. zewnętrznej, powierzchni zębów aż do linii środkowej, gdzie oba jego końce skręca razem szczypczykami. Poczem sporządza pętlę z cieniutkiego drutu, używanego przy wyrabianiu kwiatów i niemi łączy już to oba łuki drutu ze sobą, lub też pętlami temi przymocowuje łuk drutu do zęba. Przy pomocy tych pętli można także ustalić odłamek luźny wyrostka zębodołowego, gdy ten istnieje. W takim opatrunku chorzy mogą, już po kilku dniach, otwierać usta bez bólu, a nawet jeść gęste pokarmy i znoszą go bez dolegliwości do zupełnego skonsolidowania się odłamków. *Herman.*

Prof. E. Hahn: **Nieco z doświadczeń w zakresie chirurgii żołądkowo-jelitowej.** *(Deutsch. med. Wochschrft*, 1897 Nr. 41, 42, 43). Od $2^1/_2$ lat używa H. guzika Murphyego i przy jego użyciu dokonał 66 operacyj w części na żołądku, w części zaś na jelitach cienkich i grubych. Najniechętniej posługuje się nim przy zakładaniu przetok żołądkowo-jelitowych, rozumując, że wszakżeć guzik po uwolnieniu się, raczej wpadnie do żołądka, aniżeli do jelita, a już w samem jelicie równie dobrze może się dostać do ramienia odprowadzającego jak i doprowadzającego. W żołądku zaś, lub w ramieniu doprowadzającem zalegać może długie czasy, sprawiając chorym nietylko dolegliwości, ale naraża ich wprost na niebezpieczeństwo utraty życia. To rozumowanie teoretyczne stwierdzić mógł niestety kilkakrotnie na zwłokach; z 27 bowiem operowanych, którym założono przetokę żołądkowo-jelitową guzikiem M., zmarło 9. W 2-ch przypadkach guzik był bezpośrednią przyczyną śmierci, gdyż w jednym razie przeostre brzegi guzika spowodowały odleżynę błony śluzowej i śmiertelny krwotok, w drugim zaś guzik niedomykał dostatecznie. Sam zaś guzik wyszedł ze stolcem tylko 4 razy (raz po 2 miesiącach), 5 razy znaleziono go w żołądku, 5 razy w miejscu założenia, u 13 chorych nie otrzymano go napowrót, mimo kilkumiesięcznej obserwacyi. Przypuszczać zatem należy, że u tych chorych guzik zalega w żołądku lub w ramieniu doprowadzającem jelita.

Tymi względami powodowany, używa H. guzika M. przy gastroenterostomii, tylko u chorych wyniszczonych, gdzie bardzo zależy na pośpiechu. I tak np. u czterech chorych z rozległym rakiem odźwiernika, ale nadającym się do doszczętnego wycięcia, gdy nie mógł po resekcyi zeszyć bezpośrednio żołądka z dwunastnicą, zaszył dokładnie oba światła otwarte, a potem dla pośpiechu, założył przetokę żołądkowo-jelitową guzikiem M. Zatem, wnioskuje autor, jedyną racyonalną metodą dla gastroenterostomii pozostanie szew! Natomiast chwali sobie bardzo przyrządzik ten w pierwotnem wycięciu jelita cienkiego z powodu zgorzeli, powstałej czy to w uwięzgniętej przepuklinie, czy też z innej, ostrą niedrożność jelit powodującej, przyczyny. Pomijając szybkość i względną dokładność, obok istotnej łatwości w połączeniu osiowem jelita po resekcyi, przy pomocy właśnie guzika M., podnosi autor i tę (nie łatwą zresztą do pojęcia) okoliczność, że bezpośrednio po przywróceniu przerwanej ciągłości jelita guzikiem M., kał może swobodnie krążyć z ramienia doprowadzającego w odprowadzające (jakgdyby to samo nie działo się po założeniu jakiegokolwiek szwu pierwotnego. *(Ref.)* Z tych wskazań (*przepuklina*, dotknięta zgorzelą i *ileus* ze zgorzelą) operował H. z użyciem guzika M. 25 chorych. Z tych zmarło 10. I jakkolwiek w 4 przypadkach dopatrzeć się można związku między śmiercią a użytą metodą, w 3-ch bowiem przypadkach zgorzel jelita tuż obok guzika, a w 4-ym ropień w jamie brzusznej, w najbliższem jego sąsiedztwie, były przyczyną fatalnego zejścia, zapał autora dla maszynki M. w tych właśnie przypadkach nie ziębnie. By wyczerpać szereg operacyj na jelicie cienkiem, wspomnieć potrzeba o 1 enteroanastomozie, założonej z powodu nowotworowatego zwężenia i jednej resekcyi jelita biodrowego, spowodowanej kilakiem. Obaj chorzy pomarli z przyczyn nie zależnych od użytego guzika M. Nie zbywa też autorowi na doświadczeniu, co do użyteczności guzika M. w chirurgii jelita grubego. Dwa razy miał do czynienia z gruźlicą jelita ślepego. W jednym przypadku bez przeszkody założył przetokę między jelitem biodrowem a ramieniem wstępującem jelita grubego, rozumie się guzikiem M. W drugim guzik nie funkcyonował należycie i musiał założyć takąż przetokę szwem zwyczajnym. U czterech chorych, u których musiano wykonać wycięcie jelita grubego (w różnej wysokości z powodu raka), łączono jelito również odpowiednio dużym guzikiem M. Z tego stracił jedną 70-letnią kobietę z innej przyczyny, w drugim przypadku guzik odszedł przez wytamponowaną ranę na zewnątrz i pozostawił odbyt sztuczny, u trzeciego chorego pozostała na krótki czas przetoka, która się następnie wygoiła, u czwartego, przebieg był bez zaburzeń. Z tych spostrzeżeń wnioskuje autor, że i w okrężnej resekcyi jelita grubego guzik M. może być użytym, byle rany nie szyć i wytamponować ją aż do guzika. W razie znacznej różnicy w średnicy światła odcinków jelit, mających być osiowo zeszytemi, radzi sobie autor w ten sposób, że najpierw wkłada połowę guzika w jelito węższe i po założeniu tu szwu ustalającego, drugą połowę guzika wkłada w jeden kąt światła jelita grubego i obok guzika zakłada jeden szew węzełkowy, zbywającą zaś resztę zamyka szwem dwurzędowym. Odmiennie postępuje na żołądku po wycięciu odźwiernika. Mając tam zespolić dwunastnicę z żołądkiem, szyje w ten sposób, że bierze w szew daleko więcej błony śluzowej żołądka, aniżeli dwunastnicy i to w tym stopniu, by w końcu oba otwory sobie odpowiadały. Szew Lemberta kończy w tych razach operacyę. *Herman.*

Rejchman Mikołaj Dr.: **Przyczynek do nauki o rozpoznawaniu zanikowego nieżytu żołądka (gastritis atrophicans).** *(Gazeta lekarska*, 1898, Nr. 2). Zbiór trzech objawów: nieprzyjemnego uczucia w brzuchu, które określają chorzy, „jakby się coś w brzuchu przekręciło“, nudności i zwracania (regurgitatio) wodnistego płynu, wespół z uwzględnieniem innych wyników badania chorego, pozwala, zdaniem autora, na rozpoznanie zanikowego nieżytu żołądka, nawet bez badania zgłębnikiem żołądkowym. Objawy te jednak muszą być bardzo ściśle spostrzegane, aby nie dały powodu do omyłki rozpoznawczej; zaś znamiona tych objawów patognomicznych określa autor w następujący sposób: Nieprzyjemne uczucie umiejscawia się w górnej części brzucha, najczęściej tuż nad pępkiem, rzadziej w środku, między pępkiem a wyrostkiem mieczykowatym, a najrzadziej w dołku podsercowym. Zajmuje małą stosunkowo przestrzeń, a opisują je chorzy, jak powyżej rzeczono.

Nudności nie są nigdy zbyt wydatne, trwają dłużej niż inne objawy, a ustępują ze zwróceniem płynu wodnistego.

Płyn, w ilości 50—60 cm.^{3}, rzadko 100 cm.^{3}, smaku surowej, nieco słonawej wody (jak go chorzy oznaczają), bez woni, mętnawy, po przesączeniu zupełnie przeźroczysty, oddziaływania zasadowego, ze śluzem, bez ptyaliny ani pepsyny, nie trawi białka ni też skrobi. Pod drobnowidem nieliczne ciałka wypocinowe i komórki przybłonkowe płaskie i wałeczkowe. Płyn ten nie jest więc ani śliną, ani zobojętnionym sokiem żołądkowym, a najpewniej, podług autora, czystą, bardzo wodnistą, wydzieliną śluzową.

Badanie dłuższe takich chorych wykazuje zniesienie zupełne wydzielania soku żołądkowego (achylia gastrica), a jeżeli ono jeszcze istnieje, to bardzo upośledzone i stopniowo ginie w dalszym przebiegu choroby.

Oczywiście, stan taki wywołać mogą różne przyczyny, jak: rak żołądka, nerwica wydzielnicza żołądka i zanik błony śluzowej.

Kiedy jednakowoż długie trwanie choroby (do 9 lat), brak innych objawów nerwicy, usuną dwie pierwsze możliwości, może być tylko trzecia, to jest zanik błony śluzowej. „Ponieważ w żadnej innej chorobie żołądka nie spotykamy powyżej opisanego syndromu, przeto uważać go musimy za znamionujący, t. j. patognomiczny objaw zanikowego nieżytu żołądka (gastritis atrophicans)“. W ten sposób streszcza autor swoje zapatrywanie.

Rzecz tę wypowiedział autor również na posiedzeniu Towarzystwa lekarskiego warszawskiego, nad czem prowadzoną rozprawę pomieszcza „Medycyna“ 1898“ Nr. 3, (stronica 69). *Dr. Eljasz-Radzikowski.*

Gałęzowski: **O mierzeniu ciepłoty gałki ocznej i jego wpływie na rozpoznawanie i leczenie niektórych chorób oka**[1]. *(Recueil d'Ophtalm.* 1898 Nr. 1). Wiadomo, że prawidłowa ciepłota ciała ludzkiego waha się w pewnych granicach, stosownie do wieku i części ciała, gdzie była mierzoną, nie biorąc już w rachubę innych czynników, mogących przemijająco podnosić lub obniżać ją o kilka dziesiętnych. O ile nie brak pod tym względem ścisłych i starannych badań, o tyle nikt dotychczas nie zajmował się na większą skalę zbadaniem i oznaczeniem ciepłoty oka w stanie prawidłowym, a tem więcej patologicznym. Wobec tego postanowił G. wykonać szereg doświadczeń, a to w dwojakim celu: 1) aby oznaczyć dokładnie przeciętną prawidłową ciepłotę gałki ocznej; 2) aby zbadawszy, jak się ona zachowuje w stanach chorobowych oka, wyciągnąć względnie wnioski, na podstawie których oprzeć by się mogły wskazówki rozpoznawcze, a w dalszym ciągu i lecznicze. Do badań tych kazał sobie Gałęzowski zrobić odpowiedni ciepłomierz „Ophtalmo-thermomètre“[2], zbliżony kształtem do elewatora powiekowego Desmarresa. Ciepłomierz ten, dający się z wszelką łatwością i bez specyalnej wprawy założyć do worka spojówkowego, nie wywołuje ani śladu jakiegokolwiek rozdrażnienia ze strony spojówki, lub rogówki, nawet w przypadkach chorób ocznych, Cały szereg badań oczów prawidłowych wykazuje, że ciepłota gałki ocznej zdrowej waha się między 35·7° a 36·2°. Opierając się zaś na spostrzeżeniach, robionych w przypadkach patologicznych, spodziewa się G. już teraz, że mierzenie ciepłoty oka odda znaczne usługi w razie zapaleń wewnętrznych jego części, tudzież w przypadkach oderwania siatkówki, krwotoków śródgałkowych, zaniku naczyniówki i jaskry prostej i krwawej, wzbogacając w sposób zupełnie nowy metody rozpoznawcze, a może i lecznicze. Z powodu jednak szczupłego, jak dotychczas, materyału patologicznego, w ten sposób badanego, nie wypowiada na razie G. kategorycznie swego zdania, zastrzegając to sobie na później, gdy będzie mógł poprzeć je poważniejszą liczbą przypadków. *Dr. Langie.*

[1]) Praca przedłożona Akademii lekarskiej w Paryżu, dnia 18 go Stycznia, 1898.
[2]) Wyrabia optyk Péchaut w Paryżu, 31, Quai des Grands-Augustins.

VI. Sprawy Towarzystw lekarskich.

Towarzystwo lekarskie krakowskie.

Posiedzenie zwyczajne dnia 23 lutego 1898 r.

Przewodniczący: kol. Prezes Prof. Dr. Jakubowski. Obecnych członków 34. Jako gość pani Dr. Burbo.

Protokół z poprzedniego posiedzenia odczytano i przyjęto.

1) Kol. Krzyształowicz przedstawił trzy przypadki liszaja żrącego na twarzy, leczone sposobem Langa, polegającym na wycięciu w zdrowej skórze tkanki liszajem zajętej i pokryciu, po kilku dniach, kiedy rana ziarniną osłaniać się zaczyna, płatkami przyskórka sposobem Thierscha. Sposób ten uważa za najlepszy z dotychczas używanych, gdyż najdoszczętniej i szybko usuwa zmiany, zwłaszcza wobec zawodu, co do wyników leczenia tuberkuliną Kocha TR, po którem nawroty szybko występowały. W sprawie nawrotów przesądzać nie można, bo doświadczenia nie przekraczają jednego roku; w każdym razie nie należy spodziewać się tak rychłych jak przy dawniejszych sposobach leczenia.

W dyskusyi kol. Sroczyński opowiedział spostrzegany przed kilku laty przez siebie przypadek gruźlicy powieki, w którym wyciął zajęte sprawą chorobową części, ile możności w tkance zdrowej, a ubytek pokrył płatem spojówki królika z *palpebra tertia*. Płatek ten się nie przyjął, lecz ubytek po wrzodzie gruźliczym ślicznie się zagoił. Po upływie jednak czterech miesięcy wystąpił nawrót choroby. Przypadek ten dowodzi, iż nawet najbardziej radykalne postępowanie nie chroni od nawrotu.

Kol. Zarewicz wyjaśnia, iż dzisiejsza demonstracya miała na celu przedstawienie metody, dającej najmniejsze blizny i najszybsze wyleczenie, a nie sposób radykalnego wyleczenia, bo takiego niema.

Kol. Borzęcki sądzi, iż dopiero po dłuższym czasie będzie można coś stanowczego o tej metodzie powiedzieć; spodziewa się jednak dobrych wyników, w każdym razie lepszych, niż po wszystkich innych metodach.

Kol. Reiss opowiedział swoje spostrzeżenie, gdzie po dwóch latach, w bliźnie, radykalnie na pozór wyleczonego przypadku zapomocą wyłyżeczkowania i następnego przypalenia termokauterem, nastąpił nawrót choroby.

Kol. Krzyształowicz odpowiada, iż sposób Langa nie jest bezwzględnie najlepszy, bo takiego sposobu niema. W każdym razie, przy pomocy tej metody, usunąć się dają zmiany chorobowe najradykalniej. Co do nawrotów choroby, to ręczyć za nie nie można; przytoczony jednak przypadek przez Reissa uważa za leczony mniej radykalnie, niż metodą Langa.

Kol. Sroczyński podnosi, iż częstość nawrotów ztąd pochodzi, że b. trudno jest łyżeczkowaniem wszystko co zakażone usunąć.

Kol. Bujwid, odnośnie do przypadku opowiedzianego przez Sroczyńskiego, twierdzi, iż prątki, wywołujące wilka, nie są identycznymi z prątkami zwykłej gruźlicy. Twierdzenie swoje opiera na tem, że szczepił wilka trzem świnkom morskim, które są przecież najczulszym

odczynnikiem na jad gruźliczy; a ani jedna z tych 3 morskich świnek nie uległa gruźlicy.

Kol. Zarewicz w wyczerpującem przemówieniu podnosi, iż klinicznie przyjąć należy, że liszaj żrący odróżnić trzeba jako zupełnie odrębne cierpienie od gruźlicy skóry.

Kol. Krokiewicz zbija twierdzenia kol. Bujwida, co do różnogatunkowości prątków, wywołujących wilka i gruźlicę; opiera zaś swe wywody na doświadczeniach, ogłoszonych przed kilku laty w osobnej rozprawce i podaje warunki dlaczego przebieg liszaja żrącego a gruźlicy skóry jest różny.

Kol. Bujwid utrzymuje swe zapatrywania na doniosłość prątków wilka i gruźlicy i przytacza doświadczenia Nocarda z gruźlicą ptasią, która przyjęła się w jednym przypadku u człowieka. Uważa prątki liszaja żrącego za odrębną rasę gruźliczych.

Na zapytanie kol Sroczyńskiego, odnoszące się do tego, jakie jest zdanie jego o znaczeniu rozpoznawczem ogólnej i miejscowej reakcyi, po wstrzyknięciu tuberkuliny Kocha chorym na wilka, odpowiada B., iż reakcya u tych chorych występuje zwykle przy większych dawkach.

Kol. Kryński przypuszcza również pewną różnicę między prątkami liszaja żrącego a gruźlicy. Jako dowód, przytacza spostrzegany przez siebie przypadek przed kilku laty, w czasie, gdy robił doświadczenia z tuberkuliną Kocha.

Kol. Reiss uznaje oba cierpienia, t. j. wilka i gruźlicę za identyczne; różnicę ma powodować tylko różna odporność na jad gruźliczy u różnych osobników.

Kol. Zarewicz stanowczo rozróżnia klinicznie wilka i gruźlicę, jako dwa zupełnie różne cierpienia.

Kol. Nowak twierdzi, iż dziś nie można gruźlicy uważać za sprawę etyologicznie jednolitą; pokazało się bowiem, że nietylko prątki Kocha wywołują zmiany anatomiczne, typowe dla gruźlicy, jak to się n. p. ma rzecz w przypadku Eppingera i w wielu innych, ostatnimi czasy ogłoszonych spostrzeżeniach, gdzie zmiany klinicznie i anatomicznie rozpoznane jako gruźlicze, wywołane były przez mikroby nic nie mające wspólnego z prątkami Kocha. Wiadomo dalej, że u gryzoniów napotyka się b. często zmiany anatomiczne, okazujące tak makro- jak mikroskopowo typowy obraz zmian gruźliczych, a wytworzone przez drobnoustroje zupełnie różne od prątka Kocha. Co do wilka, to jak dziś sprawa stoi, zdaje się nie ulegać wątpliwości, że przychodzi ta zmiana chorobowa do skutku pod wpływem prątka Kocha, czyli że mamy tu do czynienia ze zmianami gruźliczemi na tle prątków Kocha, lecz przebieg tej choroby jest tak odrębny, że nie ulega także wątpliwości, iż są tu w grze jakieś inne jeszcze czynniki, dotychczas bliżej nam nie znane, czyli, że mamy tu do czynienia z odrębną postacią gruźlicy skóry. Że przy trzykrotnem przeszczepianiu tkaniny z wilka na świnki morskie zmian gruźliczych nie otrzymano, niczego to nie dowodzi i wcale nie obala zapatrywania, że wilk jest gruźlicą skóry w znaczeniu nietylko anatomicznem, ale i etyologicznem, jeżeli etyologicznie za gruźlicę uważać będziemy tylko te sprawy chorobowe, które wywołuje prątek Kocha. Badania jednak, zmierzające do wyjaśnienia, jakie są przyczyny tej odrębności w przebiegu wilka, w porównaniu z innemi zmianami gruźliczemi, na skórze się toczącemi, byłyby pożądane.

2) Kol. Bujwid mówił: „O wytwarzaniu antytoksyny tężcowej i leczeniu surowicą. Laseczmk tężca znany jest od czasów Nicolaiera (1884). Jest on dość rozpowszechniony i znajduje się w ziemi, osobliwie ogrodowej, w przewodzie pokarmowym zwierząt trawożernych i w nawozie. Jest anaerobem, t. j. hoduje się tylko bez przystępu powietrza. Kitasato wyhodował go r. 1889 w hodowli czystej. Tworzy zarodniki, które usadawiają się na jednym końcu bakteryi w postaci okrągłej kuleczki i wytrzymują ciepłotę 100° C. przez krótki przeciąg czasu. Do bardzo wrażliwych na jad tężcowy należą konie i świnki morskie; nieco mniej myszy, króliki i szczury. Psy są bardzo mało wrażliwe. Bakterye, wstrzyknięte pod skórę, nie wywołują ropienia. Ropienie występuje dopiero, jeśli z bakteryami tężca wstrzykniemy inne jakieś bakterye ropne. Bakterye tężca, zaszczepione na bulionie i hodowane w termostacie, we flaszkach szczelnie zamkniętych i w atmosferze wodoru, wytwarzają smrodliwe gazy i wydzielają do bulionu nadzwyczaj silnie trujące toksyny. O ile sądzić można z badań dotychczasowych, należą one do rodzaju toksalbumoz. Przez ogrzanie tracą swoją siłę; również światło słoneczne wywiera na nie niszczący wpływ. Jeśli bulion, z rozpuszczonemi w nim toksynami, wysolimy za pomocą siarkanu amonowego, powstają kłaczki toksalbumozy. W ten sposób można te toksyny na zimnie i w ciemnem miejscu przez dłuższy czas przechować, jakkolwiek wogóle są trudne do przechowania i prędko słabną. Jeśli taką toksalbumozę będziemy wstrzykiwali zwierzęciu wrażliwemu na tężec w bardzo małych dawkach (takich, które tężca nie wywołują) i będziemy zwolna postępowali do coraz wyższych, to zwierzę takie możemy uodpornić przeciwko tężcowi. We krwi takiego uodpornionego zwierzęcia powstają antytoksyny, których siła zależy od stopnia uodpornienia Jeśli uodporniać będziemy przez dłuższy czas i dochodzić do znacznych dawek, uzyskamy znaczną siłę antytoksyny. Prelegent, uodporniając konia przez dwa lata, otrzymał antytoksynę o sile 1 : 10,000,000 (według nomenklatury Behringa), którą leczono 5 chorych w klinice prof. Rydygiera, na oddziale prof. Pareńskiego, Obalińskiego i 2 w klinice pedyatrycznej prof. Jakubowskiego. Trzech chorych wyzdrowiało, jeden zmarł po 13 dniach na zapalenie płuc, jeden zaś na drugi dzień po rozpoczęciu leczenia wskutek posocznicy, wynikłej z powikłanego złamania kończyny. (Streszczenie własne).

Kol. Nowak uważa, że toksyny tężca mają wiele wspólnego z enzymami; do działania swojego potrzebują one n. p. tak jak diastaza, pewnej ciepłoty. U żab n p. w zimie, trudno wywołać tężec, w lecie łatwiej Gdy wystąpią objawy tężcowe, to właściwie jest to nie początek, lecz koniec choroby, gdyż objawy te są następstwem zmian anatomicznych, jakie się pod wpływem toksyn w ustroju wytworzyły; wtedy właściwie surowica już nie wiele pomoże. Wstrzykiwano szczurom toksyny tężca w ogon i odcinano go potem w różnym czasie po wstrzyknięciu; pokazało się, iż gdy się odetnie ogon później niż w pół godziny po wstrzyknięciu, to już się wytworzą takie zmiany, że zwierzę ginie. Znaczenie lecznicze surowicy przeciwtężcowej jest prawie żadne, ale jest bardzo poważne jej znaczenie i zastósowanie zapobiegawcze (prewentywne) i dlatego wskazane jest zastósowanie jej osobliwie w tych przypadkach zranień, gdzie możliwem jest zakażenie tężcem, a więc przy wszystkich ranach zanieczyszczonych; ale choć i wystąpią objawy tężca, to surowicy używać należy, bo w każdym razie ona nie zaszkodzi; gdy tężec ciężki, to chory w każdym razie zginie; gdy zaś lekki, to objawy po wstrzykiwaniu są znacznie łagodniejsze.

Kol. Raczyński zna przypadki tężca, leczone przez kol. Bujwida w klinice pedyatrycznej i stwierdza, że były to przypadki bardzo lekkie, które bez żadnego leczenia takżeby prawdopodobnie wyzdrowiały.

Kol. Krokiewicz podnosi bardzo małą siłę antytoksyczną surowicy przeciwtężcowej, co wymaga przy wstrzykiwaniach bardzo wielkich ilości surowicy. Wspomniał także o doświadczeniach Hübnera, Cattaniego i Tizzoniego.

Kol. Batko przytacza wyleczenie surowicą Bujwida jednego bardzo ciężkiego przypadku w szpitalu św. Łazarza.

Sekretarz doroczny:
Dr. Xawery Gorski.

VII. II. Zjazd austryackiego Towarzystwa otologicznego w Wiedniu.

Podał
Dr. Rafał Spira.

(Dokończenie. Patrz Nr. 12).

13. Dr. Hamerszlag wyłożył rzecz pod tyt.: Przyczynek do nauki o czynności ślimaka słuchowego ze stanowiska historyi rozwoju.

Za podstawę swoich wywodów przyjmuje prelegent: 1) naukę Helmholtza, że jedna część błędnika, ślimak, służy do percepcyi tonów i dźwięków muzykalnych, druga, przedsionek i bańki przewodów półkolistych, do odbierania szmerów; 2) naukę Hensena, według której włókna błony podstawowej stanowią twory spółdźwięczne ślimaka; wreszcie 3) uznane już i potwierdzone prawidło naukowe, że głębokie tony bywają odbierane na szczycie, a wysokie na podstawie ślimaka.

Otóż z historyi rozwoju wykazuje H., że ślimak, u kręgowców, składa się, w pewnym okresie rozwoju, tylko z przewodu ślimakowego, którego nabłonek małe tylko posiada odmiany (wyróżniania się) i w którym niema jeszcze śladu błony podstawowej i Reissnera. Ten zaś kształt ślimaka przedstawia stały stan u szeregu zwierząt.

Takie zwierzęta, w braku tworów spółdźwięcznych, t. j. strón ślimakowych, niezbędnych do odczucia tonów muzykalnych, mogą tylko odbierać wrażenia dźwięków, które wywołują silne i nieregularne wstrząśnienie całego nabłonka nerwowego, wzdłuż całego przewodu ślimakowego, t. j. szmery. Dla wyższych zaś zwierząt, u których rozwój błony podstawowej umożebnia percepcyę tonów muzykalnych, przeczo zapewne zdolność odczuwania szmerów, istniejąca od wcześniejszego stopnia rozwoju, nie ginie, należy wnioskować, że poczucie tonu muzykalnego powstaje przez wprawienie w ruch kilku tylko włókien, poczucie zaś szmeru przychodzi do skutku przez poruszenie wszystkich włókien błony podstawowej.

W dalszym wywodzie H., opierając się na danych i tablicach o rozwoju narządu Cortiego, z których wynika, że rozwój końcowego przyrządu słuchowego w pewnym czasie ustaje w zakręcie podstawowym, wyżej zaś, w szczycie ślimaka, dalej postępuje, wnioskuje, że odcinki ślimaka, bliżej szczytu położone, przedstawiają wyższy i doskonalszy rozwój, niż odcinki na podstawie ślimaka. Gdy zaś te szczytowe odcinki służą do percepcyi tonów głębokich, to można z tego dalszy wysnuwać wniosek, że postępowe rozszerzenie pola słuchowego ku dolnemu końcowi gamy stanowi coraz wyższe udoskonalenie narządu słuchowego i że percepcya głębokich tonów odpowiada subtelniejszej czynności tego narządu.

Z tych wywodów wynika, że w zajęciach chorobowych n. słuchowego przedewszystkiem podlegać muszą cierpieniu te włókna, których czynność jest najsubtelniejszą, czyli, że najsamprzód znikać powinny z pola słuchowego tony głębokie, co się też zgadza z doświadczeniami i spostrzeżeniami klinicznemi, jakto H. obszerniej wyjaśnia.

14. Doc. Dr. Pollak demonstruje ciągłą kolejność tonów (continuirliche Tonreihe) Bezolda, podnosi jej ważność i niezbędność dla dokładnego rozpoznania różniczkowego i dla odkrycia luk tonów w polu słuchowem, omawia jej zalety i sposób używania. Ze względu na wygórowaną cenę mało tylko lekarzy narzędzia te posiada: większa część otyatrów nawet ich nigdy nie widziała: nic więc dziwnego, że przyjęto tę demonstracyę z wielkiem zadowoleniem i wyrazem wdzięczności.

15. Doc. Dr. Gomperz miał wykład: O zapaleniu ucha środkowego u oseskśw.

Na podstawie doświadczeń, poczynionych w zakładzie dla chorych dzieci prof. Kassowitza, oraz nawiązując do dawniejszych swoich prac, w których twierdził, w przeciwieństwie do Tröltsch[a], że rozpoznanie spraw nieżytowych i zapalnych w jamie bęb. jest możebne także u oseskśw i że leczenie u nich daje się przeprowadzić z takim samym skutkiem jak u dorosłych, omawia następnie G. patologię i leczenie zapaleń usznych u dzieci, szczególnie w przypadkach, przebiegających bez ropienia.

Ważną rolę w etyologii tych chorób u oseskśw odgrywa przeniesienie zakażenia z pochwy matki do nosa dziecka, a ztąd na ucho. Do częstszych przyczyn należy grypa i inne choroby zakaźne, zwłaszcza takie, które przebiegają z kaszlem, kichaniem, wymiotami, przyczem drobnoustroje, obecne zawsze w jamie nosowo-połykowej, łatwo dostają się do ucha środkowego. Do objawów, wzbudzających podejrzenie zapalenia ucha, w lekkich postaciach, prelegent zalicza: niepokój, zły humor, brak łaknienia: w silniejszych zaś: tarcie tyłogłowiem, bezsenność, ostre pokrzykiwania, albo ciągłe kwilenie dniem i nocą, wymioty, ciągłe ropienie, wreszcie spadek na wadze ciała; w bardzo ciężkich przypadkach: wysoka gorączka, bezprzytomność, drgawki i inne objawy mózgowe, które naraz zniknąć mogą, w chwili wystąpienia ropienia usznego. Zwracać należy uwagę na obrzmienie i bolesność gruczołów chłonnych w otoczeniu ucha, na obrzęk przed uchem. Nieraz spostrzegał G. przy wypocinie w jamie bęb. wzmożone ślinienie, które później znikało. Objawy te mają tylko zwrócić uwagę na ucho, rozpoznanie zaś ma się opierać tylko na przedmiotowem jego zbadaniu. W celu oczyszczenia ucha od woskowin i błon naskórkowych poleca G. przestrzykiwanie, zapomocą przez niego podanych kauczukowych cienkich nasadek do strzykawki, na które łatwo nawlec można najcieńsze dreny i tak kierować prąd wody aż do błony bęb., nie narażając przewodu usznego na uszkodzenie. Prawidłowa błona bęb. pod wpływem badania, a jeszcze więcej przestrzykiwania, czerwienieje, co w rozpoznaniu uwzględnić trzeba. Podczas badania należy odwracać uwagę dzieci wszelkimi sposobami. Błona bęb. pokazuje się zwykle więcej zaćmioną niż u dorosłych, połysku w kształcie trójkąta nie widzi się w całej jego rozciągłości. Od 6-go tygodnia błona łatwiej daje się obejrzeć, a dopiero od 9-go tygodnia — w całej swej objętości. Wtedy można także już rozróżnić wszystkie okresy przekrwienia, zapalenia, nacieczenia powierzchni, łuszczenia się, powstawania pęcherzyków, wypukleń ograniczonych, wyniesień brodawkowatych, przedziurawień i t. p.

Leczenie nie różni się istotnie od leczenia u dorosłych. W celu zapobiegawczym radzi G., żeby ludzie, sapką dotknięci, nie zbliżali się do małych dzieci: starać się przy utrudnionem oddechaniu leczyć cierpienie nosa i gardła, usunąć wyrośle gruczołowate i t. p. Dalej zwraca uwagę na ważność przekłówania błony bęb. w przypadkach wypociny w jamie bęb. i wykonywania zabiegu Politzera dla przywrócenia prawidłowego słuchu. Przed tym zabiegiem powinno się czasem wdmuchiwać balonem powietrze do nosa, by go wypróżnić z nagromadzonego tam śluzu.

Na tem posiedzenie skończono. Popołudniu tegoż dnia zgromadzili się uczestnicy na zebranie pożegnalne w sali restauracyjnej Riedhof, gdzie mile spędzili czas, wśród pełnych to dowcipu, to powagi przemówień i toastów. Profesor Gruber wyraził podziękowanie obecnym, szczególnie obcym, za ich przybycie i udział, bez względu na trudy i straty. Dr. Spira w imieniu przyjezdnych dziękował za zaproszenie, za serdeczne przyjęcie, a zwłaszcza za podaną na zjeździe biesiadę umysłową i, wznosząc toast, podniósł koleżeńskość i sławę potrójnej gwiazdy na austryackim firmamencie otyatrycznym, pp. prof.: Grubera, Politzera i Urbantschitscha.

VIII. Wiadomości zawodowe.

Medycyna publiczna, Epidemiologia, Statystyka.

Izba lekarska zachodnio-galicyjska w Krakowie.

I.

Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie, odbytem dnia 5. marca b. r., zapadły następujące uchwały:

I. Sprawę wydania opinii dla c. k. Namiestnictwa, co do techników dentystycznych, i wykonywania w ogóle praktyki dentystycznej, oddano do referatu Dr. Obalińskiemu.

II. Uwolniono od opłaty, przypadającej na rzecz Izby lek. za r. 1898 ośmiu lekarzy z Krakowa.

III. Prezydent podał do wiadomości, że pomiędzy lekarzami istnieje zaniepokojenie z powodu mającej się utworzyć w Krakowie kasy chorych dla majstrów. Sprawę tę odroczono do najbliższego posiedzenia.

IV. Wydział uchwalił podziękować Prof. Dr. Jordanowi za dzielną obronę stanu lekarskiego w Sejmie.

V. Na pismo Dra Rutkowskiego z Łąkty o wykreślenie go z Izby lek. uchwalono odpowiedzieć, że to może nastąpić dopiero po zrzeczeniu się czynności lekarskich.

VI. Następnie Wydział Izby, jako Rada honorowa, przyjął do wiadomości zawiadomienie Prezydenta, że Dr. S. z M. jest chory, i że rozprawa przeciw niemu dla tego nie może być wyznaczona.

VII. Sprawę zażalenia Towarzystwa Wzajemnej Pomocy uczniów Uniw. Jagiell. przeciw jednemu z kolegów, zaniechano, z powodu zadawalniającej deklaracyi złożonej przez tegoż.

VIII. Prezydent odczytał oświadczenie Dr. D. z K., którem tenże poddaje się wyrokowi Rady honorowej, poczem oddano sprawę do referatu Dr. Świątkowi.

II.

Na posiedzeniu Wydziału Izby lekarskiej w Krakowie w dniu 15. marca uchwalono co następuje:

I. Od opłaty wkładki na rzecz Izby, przypadającej na rok 1898, uwolniono dwóch lekarzy.

II. Odczytane przez Prezydenta pismo Izby lekarskiej morawskiej, w sprawie zniesienia wyroku Rady honorowej Izby voralberskiej przez tamtejsze c. k. Namiestnictwo, — przyjęto do wiadomości.

III. Na pismo grona lekarzy krakowskich, że niektórzy z lekarzy używają do pomocy niepowołanych ludzi — uchwalono:

„Używanie nielekarzy do agend czysto lekarskich uznaje się za niewłaściwe, interesom stanu lekarskiego szkodliwe, zresztą nielegalne“.

W każdym poszczególnym przypadku Wydział Izby wdroży śledztwo przeciw tym kole-

gom, którzy do czynności lekarskich używają osób nieuprawnionych.

IV. Co do założenia kas chorych dla majstrów, uchwaliła Izba wydać enuncyacyę, odnoszącą się do tej sprawy, a wypracowanie poruczyć Prezydyum.

IX. Wiadomości bieżące.

Kraków 24 Marca.

Komitet gospodarczy VIII-go Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich przysłał nam następującą odezwę:

Ósmy Zjazd lekarzy i przyrodników polskich odbędzie się w Poznaniu dnia 12 do 14 lipca 1898 r. Wydział gospodarczy zaprasza na Zjazd ten wszystkich lekarzy i przyrodników polskich i wyraża życzenie, aby, przez jak najliczniejszy zastęp uczestników w Zjeździe, lekarze i przyrodnicy polscy dali dowód, że rozproszeni, uznają ważność i doniosłość Zjazdu i pragną, przez wzajemne zbliżenie się do siebie, przyczynić się do postępu nauki, dając zarazem świadectwo żywotności i łączności swojej. Wydział gospodarczy przyjmie uczestników Zjazdu z otwartemi rękoma i starać się będzie pobyt im w Poznaniu uprzyjemnić i, o ile to w jego mocy będzie, w miłej utrwalić pamięci.

Wobec krótkiego czasu, jaki dzieli nas od terminu Zjazdu, potrzebne jest do ułożenia szczegółowego programu wczesne zawiadomienie komitetu o pracach i wykładach w poszczególnych sekcyach. Na życzenie wyrażone z wielu stron utworzoną będzie także sekcya higieniczna i rolniczo-przyrodnicza. Prace przygotowawcze do Wystawy przyrodniczo-lekarskiej w pełnym są biegu. Sądząc z napływających zamówień i zgłoszeń zapowiada się Wystawa świetnie.

Wszelkie zgłoszenia, tyczące się Zjazdu, przyjmować będzie komitet gospodarczy najdalej do dnia 15 maja r. b.

Poznań, w marcu 1898.

W imieniu komitetu gospodarczego VIII Zjazdu lekarzy i przyrodników polskich.

Dr. Heliodor Święcicki, przewodniczący. Pałac Działyńskich.

Dr. Artur Jaruntowski, sekretarz jeneralny. Ul. Wilhelmowska nr. 16.

* Grono lekarzy krakowskich wniosło do Izby lekarskiej następujące pismo:

Świetna Izbo! Zdarza się często, iż, mimo gotowości do niesienia pomocy całego zastępu lekarzy dyplomowanych, wprawnych, nieraz długoletnich praktykantów szpitalnych, elewów klinicznych i t. d., używają lekarze do pomocy przy operacyach, do następowego leczenia chorych operowanych, do elektryzowania i t. p. ludzi niepowołanych, bądź to medyków, bądź też tak zw. felczerów, lub wreszcie akuszerek i t. d. Czasem tego rodzaju laik spełnia czynność i przybiera charakter stałego asystenta prywatnego. Postępowanie takie przynosi nietylko szkodę materyalną, lecz i moralną przez to, że oddaje pewną część czysto lekarskich czynności w niepowołane ręce, które i tak działają ze szkodą stanu lekarskiego. Walczyć nam jednak i odbierać, a nie pozbawiać się słusznych naszych praw i dochodów należy. Wypadałoby też, by Kraków świecił pod tym względem przykładem dla prowincyi.

Gdy więc zadaniem Izby jest strzeżenie interesów stanu lekarskiego, gdy już w sprawie asystentów przy zakładach leczniczych Izba skutecznie głos zabrała, przeto zwracamy się do Świetnej Izby z żądaniem wydania zasadniczego w tej sprawie orzeczenia, ewentualnie pociągania winnych do odpowiedzialności.

* XX walne zebranie Towarzystwa dla wydawnictwa dzieł lekar polskich odbyło się dnia 18 b. m. pod przewodnictwem prezesa Prof. Korczyńskiego. Ze sprawozdania wyjmujemy szczegół ogólnego i doniosłego znaczenia, że jeszcze w bieżącem półroczu ukończy się druk 2-go wydania dzieła prof. W. Jaworskiego: »Podręcznik chorób żołądka«, obejmującego do 30 arkuszy druku i przeznaczonego na premię dla członków i prenumeratorów za rok 1897; w końcu zaś b. r. wyjdzie praca prof. L. Wachholza pod tyt.: »Zarys sądowej medycyny dla użytku uczniów i lekarzy«. Dzieło prof. Wachholza przeznacza Wydział Towarzystwa na premię za rok 1898.

Na wniosek Wydziału zgromadzenie wybrało jednomyślnie i przez aklamacyę Dra J. Surzyckiego swym członkiem honorowym. Liczba członków 166. kapitał Towarzystwa wynosi 5775 złr.

Zgromadzenie, na wniosek Dra Gwiazdomorskiego, wyraziło Przewodniczącemu i Wydziałowi wszelkie uznanie za gorliwą pracę około literatury zawodowej i wyniosło to przekonanie, że krakowskie Towarzystwo dla wydawnictwa dzieł lekarskich polskich spełnia swój mandat sumiennie, a pożyteczna ta instytucya rozwija się pomyślnie.

* »Prawitielstwiennyj Wiestnik« ogłasza następujące nominacye w szpitalach Królestwa polskiego: Dr. Pitas mianowany został lekarzem szpitala św. Anny w Miechowie; Dr. Górnicki, ordynatorem w Sejnach; Dr. Szpiganowicz, nadetatowym ordynatorem w Kutnie; Dr. Lenartowicz, w Pułtusku; Dr. Kamiński, w Krasnym-Stawie.

* W warszawskim szpitalu izraelickim zarządzoną została posada nadetatowego ordynatora dla leczenia chorych przychodnich, cierpiących na uszy.

* Wychodzący w Zagrzebiu» Liečnički viestnik« drukuje w odcinku wrażenia z podróży na międzynarodowy Zjazd w Moskwie, pióra Dra Rihtarića. Zeszyt II-gi poświęca autor Krakowowi, III-ci Warszawie. Opis przedmiotowy i prawdziwy.

* Wiadomość podana przez dzienniki lwowskie, a przez nas w Nr. 12 „Przeglądu“ powtórzona, jakoby Doktorowi Penziasowi, wskutek skaleczenia się przy operacyi, groziło odjęcie ręki, okazała się, jak nas zapewniają z lwowskich sfer lekarskich, nieścisłą i przesadną.

* W Sprawie obsadzenia katedry okulistyki w Uniwersytecie lwowskim uchwalił Wydział lekarski następujące terno: Kamocki i Rumszewicz na pierwszem miejscu i *ex aequo;* Machek na drugiem, Sroczyński na trzeciem miejscu.

Nekrologia. Zmarli: Józef Hołownia, w 74 r. życia, w Warszawie. Adolf Kelm, l. 40 w Łodzi. Celestyn Wasilkowski l. 32, wychowaniec Uniw. warszaw., w Sofii. Dr. Julian Wrotnowski, lat 72. w Paryżu.

Artykuły oryginalne, mieszczące się w czasopismach lekarskich polskich. W *Medycynie* Nr. 12: Dra Rywosza D.: Przypadek do badań nad rozkładem cukru w ustroju. Dra Tumpowskiego A.: Z kazuistyki chorób nerwowych. W *Gazecie lekarskiej* Nr. 12: Dra Gabszewicza: ś. p. Roman Jasiński. Dra Ciechomskiego St.: ś. p. Roman Jasiński, jako chirurg i pracownik na niwie literackiej lekarskiej. Dra Majewskiego A.: Przypadek złamania kręgosłupa.

Redakcya otrzymała:

— Dr. Grundzach: Ueber die Gastroplegie und Gastroenteroplegie, insbesondere nach Laparotomien. Wiedeń, 1898.

— Sprawozdanie krakowskiego ochotniczego Towarzystwa ratunkowego za rok 1897. Kraków, 1898.

— Sprawozdanie administracyjno-kasowe Towarz. farmaceut. „Unitas“ w Krakowie 1896—1897. Kraków, 1898.

— Prof. Dr. Kleinwächter: Wichtige gynäkologische Heilfactoren. Wiedeń, 1898.

— Dr. Krokiewicz i Dr. Batko: Eine sehr empfindliche Reaction auf Gallenfarbstoffe im Harne, als modification der Erlichschen Methode mit Diasobensolsulphosäure. Wiedeń. 1898.

— Żywot i prace naukowe i społeczne Jędrzeja Śniadeckiego. Kraków, 1898.

— Dr. Neugebauer Fr.: 34 spostrzeżeń podwójności zewnętrznych organów płciowych. Warszawa, 1897.

— Tenże: 44 spostrzeżeń zatrzymania główki dziecka, lub pojedyńczych kości czaszki w macicy po dekapitacyi, lub po urwaniu się tułowia, podczas ekstrakcyi płodu. Warszawa, 1898.

— Tenże: Ein praktischer Vorschlag zur Erleichterung der operativen Technik mancher, mit Bauchschnitt verbundenen, gynäkologischen Operationen.

— Tenże: Eine Bemerkung zu dem Aufsatze des Herrn Ehrenfest: »Ein neuer Schlingenschnürer«.

— Dr. Sterling S.: Die Salicylsalbe beim Gelenkrheumatismus. Monachium, 1898.

Redaktor odpowiedzialny: **Dr. August Kwaśnicki.**